

20 10

**TENIR LE CAP
DE NOS ENGAGEMENTS**

FHP-MCO LA VIE DU SYNDICAT

LES DÉPÊCHES L'ACTUALITÉ DU MCO

ÉDITOS RÉTROSPECTIVE POLITIQUE DU PRÉSIDENT

3 QUESTIONS À PORTRAITS DE LA PROFESSION

FHP

MCO

MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

20
10

TENIR LE CAP
DE NOS ENGAGEMENTS

FHP.

FHP-MCO

LA VIE DU SYNDICAT

PAGES 6-41

LES DÉPÊCHES

L'ACTUALITÉ DU MCO

PAGES 44-119

ÉDITOS

RÉTROSPECTIVE POLITIQUE DU PRÉSIDENT

PAGES 122-166

3 QUESTIONS À

PORTRAITS DE LA PROFESSION

PAGES 171-215

MCO



LA VIE DU SYNDICAT TENIR LE CAP DE NOS ENGAGEMENTS

Tenir le cap de nos engagements, c'est défendre :

- **les valeurs de l'hospitalisation privée :**
 - ▶ importance de la prise en compte de la personne ;
 - ▶ nécessité de la sécurité et de la qualité des soins ;
 - ▶ responsabilité de nos engagements par l'efficience.
- **la mission de l'hospitalisation privée :**
 - ▶ accueil de tous, accessibilité et accompagnement des patients et de la famille ;
 - ▶ être acteur de santé public ;
 - ▶ assurer des actions de prévention et d'éducation.
- **les intérêts de la profession en tant que syndicat patronal FHP-MCO représentatif :**
 - ▶ pérennité des établissements et de la profession ;
 - ▶ anticipation et force de proposition et de rassemblement, vision stratégique ;
 - ▶ accompagnement des établissements.

Ce rapport d'activité vous présente une synthèse de l'ensemble des nos nombreuses actions.

Je vous souhaite de bonnes Rencontres 2010 !

Lamine GHARBI, PRÉSIDENT DE LA FHP-MCO

FHP MCO

UN BUREAU MOBILISÉ



Lamine GHARBI,
président, est épaulé par un
bureau composé de :



Frédéric DUBOIS,
vice-président



Pascal DELUBAC,
trésorier



Sami-Frank RIFAÏ,
secrétaire général

MEMBRES



Ségolène
BENHAMOU



Béatrice
CAUX



Dr Bernard
COUDERC



Dr Gilbert
LEBLANC



Sylvie
PEQUIGNOT



Dr Dominique
POELS



Gérard
REYSSEGUIER



Dr Gilles
SCHUTZ

MEMBRES INVITÉS



Pierre ENSCH



Jean-Daniel SIMON



Gérard PARMENTIER

FHP MCO

UN CONSEIL D'ADMINISTRATION ENGAGÉ

Les décisions et les projets sont discutés et validés par un conseil d'administration composé de 56 membres, dont l'équipe du bureau.

| | | |
|------------------------|------------------------|----------------------|
| Gérard ANGOTTI | Pierre-Yves EMMANUELLI | Dr Max PONSEILLE |
| Sophie BEURAIN | Dr Denis FRANCK | Philippe POUGET |
| Véronique BESSE | Marie-Paule GAILLARD | Jean RIGONDET |
| Sophie BORDIER | Frédérique GAMA | Olivier RIT |
| Philippe CARBONEL | Dr Alain GARCIA | Denis ROUDIL |
| Maxime CARLIER | Christian GUICHARD | Yvan SAUMET |
| Dr Franck CHASSAGNAC | Martine HADDAD | Paolo SILVANO |
| Patrice COHADE | Dr Claude-Alain KADJI | Dr Philippe TOURRAND |
| Stéphane de BUTLER | Thierry KOCH | Xavier VAILLANT |
| Aimery DELEFLIE | Dr Georges KORSEC | Stéphane VALAT |
| Christine DERMER | Gaétan LE CORRE | Patrice VIEUX |
| Jean-Luc DUBOIS | Philippe LEVACHER | Membres invités |
| Isabelle DUMONT | Dr François LIBER | Christophe ALFANDARI |
| Alain-Alexandre DUPONT | Dr Jean-Luc MEYER | André DESLYPPER |
| Jean-Loup DUROUSSET | Philippe PLAGES | Michel GRASS |

En 2010, les membres du bureau se sont réunis à 10 reprises et les membres du conseil d'administration 4 fois. Un séminaire stratégique s'est également tenu à Toulouse, [cf. page suivante].

Les procès verbaux des réunions du bureau sont diffusés systématiquement à tous les membres du conseil d'administration et à tous les adhérents via le 13 h. Le CA du 15 septembre a fait l'objet d'un premier reporting en images, en complément du procès verbal (reportage disponible sur l'espace adhérent du site internet www.fhp-mco.fr ; lien envoyé à tous par e-mail).

20
11

En 2011, tous les CA feront l'objet d'un reporting de 3 minutes en images.

FHP MCO

UNE ÉQUIPE PERMANENTE



Lamine GHARBI
Président
direction@polyclinique-pasteur.fr



Thierry BÉCHU
Délégué Général
thierry.bechu.mco@fhp.fr



Véronique MOLIÈRES
Communication
veronique.molieres.mco@fhp.fr



Séverine DEFOSSE
Assistante
severine.defosse.mco@fhp.fr



Virginy CORMERAIS
Secrétaire
virginy.cormerais.mco@fhp.fr



Thibault GEORGIN
Économiste
thibault.georgin.mco@fhp.fr



Virginie DUBOS
Économiste
virginie.dubos.mco@fhp.fr



Chloé TEILLARD
Juriste
chloe.teillard.mco@fhp.fr



Fatiha ATOUF
Juriste
fatiha.atouf.mco@fhp.fr



Rachel BILLOD
Communication
rachel.billod.mco@fhp.fr

FHP MCO

UN SÉMINAIRE STRATÉGIQUE ANNUEL

À l'initiative de son président, la FHP-MCO a réuni en avril dernier à Toulouse durant 2 jours l'ensemble des administrateurs pour un séminaire stratégique : quelles sont nos valeurs, quelles sont les relations que nous entretenons avec nos parties prenantes, tutelles, fédérations hospitalières, praticiens, usagers, quels sont nos objectifs ? Un document de 4 pages reprend les valeurs, les positions et les objectifs de la FHP-MCO.

20
11

Le prochain séminaire stratégique se tiendra en début d'année et définira les grands objectifs de l'année 2011.



TENIR LE CAP
DE NOS ENGAGEMENTS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP MCO

LISTE DES RÉUNIONS FHP-MCO EN 2010

COMMISSIONS DE TRAVAIL :

Commission naissance :

Pilotes : Gérard REYSSEGUIER
et Marc WASILEWSKI
(jusqu'en septembre 2010)
Référént FHP-MCO : Chloé TEILLARD

Forum de la naissance :

Pilote : Dr Olivier JOURDAIN
Référént FHP-MCO : Chloé TEILLARD

Commission urgences / permanence des soins :

Pilotes : Christian GUICHARD
et Sylvie PEQUIGNOT
Référént FHP-MCO : Chloé TEILLARD

Commission contrôle T2a :

Pilote : Pascal DELUBAC
Référént FHP-MCO : Chloé TEILLARD

Commission ENCC / V 11 :

Pilotes : Gérard REYSSEGUIER
et Sami-Frank RIFAÏ
Référént FHP-MCO : Virginie DUBOS

Commission soins palliatifs (en veille) :

Pilotes : Dr Bernard COUDERC
et Sami-Frank RIFAÏ
Référént FHP-MCO : Virginie DUBOS

Commission réanimation, surveillance continue, soins intensifs :

Pilote : Dr Gilbert LEBLANC
Référént FHP-MCO : Virginie DUBOS

■ Sous-groupe surveillance continue :

Pilotes : Dr Gilbert LEBLANC
et Dr Philippe TOURRAND
Référént FHP-MCO : Virginie DUBOS

EN 2011, CRÉATION :

Commission télémédecine :

Pilote : Dr Dominique POELS
Référént FHP-MCO : Fatiha ATOUF

Groupe de travail

« Avenir du financement des établissements de santé » :

Pilotes : Thierry BÉCHU
et Alain COULOMB
Référént FHP-MCO : Virginie DUBOS

EN 2010 :

Bureau FHP-MCO : 10
Conseil d'administration : 4
Séminaire stratégique du conseil
d'administration : 1

FHP MCO

UN AN APRÈS

CONSEIL D'ADMINISTRATION FHP-MCO

- Le conseil d'administration à l'issue du séminaire a défini les valeurs et les missions de l'hospitalisation privée et affirmé sa politique syndicale.
- Le boycott des travaux ENCC a été poursuivi avec une reprise planifiée sous conditions au 1^{er} janvier 2011.
- Une campagne EPO efficace a repoussé les initiatives de l'État allant jusqu'à la reprise de notre position dans le rapport IGAS.

NORMES D'IMPLANTATION ET DE FONCTIONNEMENT ET AUTORISATIONS

- Les SROS de cardiologie interventionnelle ont vu le jour.
- Le dispositif des autorisations de cancérologie est achevé après de nombreux recours conduits par les établissements.
- Les textes modifiant les normes de médecine et chirurgie sont toujours en attente de publication.
- Le renouvellement des autorisations de chirurgie esthétique est en œuvre.
- La mise en œuvre d'un dispositif pour l'éducation thérapeutique.

TARIFICATION ET FINANCEMENT

- La réforme de la tarification sur la base de l'ENCC s'est poursuivie.
- Le dispositif de surveillance continue a été aménagé.
- La facturation des monitorings a été élargie.
- Une nouvelle circulaire des actes frontières a été publiée.

GESTION DES RISQUES ET QUALITÉ

- Une nouvelle réglementation sur la gestion des risques est mise en œuvre.

CONTRÔLE T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

- Un plan d'action a été mis en place par le syndicat : guide contrôle, JT contrôles et sanctions, proposition de 4 amendements.

LOIS ET RÉFORMES

- HPST : de nombreuses déclinaisons dans les textes d'application : éducation thérapeutique, CPOM, télé-médecine...
- PLFSS 2011 : 5 amendements FHP-MCO portant sur les sanctions financières et la création des maisons de naissance. Poursuite de la convergence ciblée.

OBSERVATOIRE SUR LA PROFESSION

- L'observatoire CTC conseil fait état d'une amélioration de la situation en 2009.

FHP MCO

NOTRE OBJECTIF EN 2011 : STABILISER LE DISPOSITIF ACTUEL DE CLASSIFICATION ET DE TARIFICATION

La campagne tarifaire 2010 a confirmé les profondes redistributions de ressources liées notamment à l'utilisation du référentiel ENCC et à la suppression progressive de certains éléments tarifaires (FHT, coefficient de transition, intégration des médicaments et DMI facturables en sus...)

En 2011, il faudrait :

- une définition claire et connue de tous des critères d'allocation de ressources des MIGAC. Une meilleure association des fédérations en amont (exemple : les travaux sur la révision des MIG « cancérologie ») ou, en aval, avec la communication des listes d'établissements bénéficiant de l'enveloppe MIG « précarité ». Mais des incidents majeurs ont eu lieu par manque de concertation avec les fédérations hospitalières (intégration de l'EPO dans les forfaits de séance de dialyse et des produits anticancéreux dans les GHS).
- une plus grande transparence et planification de la politique de gestion de la campagne 2011.

- une meilleure prise en compte des plans de santé publique :

Cancérologie : un maintien du montant de l'enveloppe qui y est consacré doit être acté.

Soins palliatifs : un maintien du montant de l'enveloppe et des ratios de 1,5 pour les USP et de 1,3 pour les LISP par rapport au tarif de « base » du GHS doit être acté. La borne basse fixée à 4 jours et la borne haute à 12 jours doivent rester inchangées et communes aux secteurs public et privé.

Activités lourdes : les GHM « lourds » doivent être ciblés. Un maintien des ressources pour les GHM perdant au regard de l'ENCC doit être acté. Une évolution favorable pour les GHM gagnant au regard de l'ENCC doit être entérinée.

Chirurgie ambulatoire : pour 1g GHM, le tarif est identique avec le GHM de niveau 1. La construction tarifaire a été effectuée sur la moyenne pondérée entre le nombre de séjours d'hospitalisation complète et le nombre de séjours en chirurgie ambulatoire. Ce dispositif doit être étendu à tous les niveaux de GHS.

- une prise en compte de l'innovation doit être actée et trouver une concrétisation en 2011.

FHP MCO

1

CONVERGENCE DES TARIFS PUBLICS / PRIVÉS

En 2009, le report de la convergence intersectorielle à 2018 demeure, pour nous, une décision injuste et incompréhensible. Les mesures transitoires mises en œuvre en contrepartie en 2010 (35 GHS à convergence totale ou partielle pour générer 150 millions d'euros d'économie) doivent être poursuivies et amplifiées en 2011 en portant l'économie à un montant de plus de 150 millions d'euros. Par ailleurs, l'ensemble des études portant sur la convergence intersectorielle devant être achevé au plus tard en 2012, rien ne s'oppose à appliquer une convergence intersectorielle dès l'année 2014.

Poursuivre la convergence ciblée (150 millions d'euros) et modifier le PLFSS pour une convergence en 2014.

2

LES MIGAC

Cette enveloppe, d'un montant de 8,142 milliards en 2010, ne doit plus croître au risque de venir obérer la capacité de la collectivité à augmenter de façon significative les tarifs des GHS ou des prestations de soutien de type réanimation ou surveillance continue. Cette enveloppe, ayant doublé en cinq ans – de 4 milliards à 8 milliards – devrait même décroître car rien ne justifie une telle progression. De plus, l'enveloppe MIGAC doit mieux prendre en compte les plans de santé publique de manière plus lisible et plus équilibrée. Une évaluation doit être régulièrement conduite. Les travaux actuellement conduits sur la cancérologie méritent d'être soulignés à deux titres : la transparence des réflexions et études, et la volonté d'introduire de la transparence dans les règles d'allocation de ressources en mettant en place des critères nationaux. À noter, qu'en l'état actuel des travaux, cette redistribution serait favorable au secteur privé, ce que démontrent bien nos propos exposant le fait que nos établissements ne bénéficient pas, à ce jour, des mêmes règles d'allocation de ressources. Par ailleurs, ces enveloppes MIGAC telles que celles de la permanence des soins (PDS), la précarité, la cancérologie, et la formation des internes (liste non exhaustive) doivent être communes aux secteurs public et privé dès 2011. Il convient, enfin, de prendre en compte le récent dispositif des autorisations sur l'éducation thérapeutique afin d'envisager ses règles de financement.

Stabiliser l'enveloppe MIGAC et mutualiser les enveloppes PDS, précarité, cancérologie, le financement des stages des internes et de l'éducation thérapeutique.

FHP MCO

3

SERVICES LOURDS (RÉA, USC, SI)

Les dispositifs de tarification de réanimation et de surveillance continue sont aujourd'hui en place. Cependant, le nouveau dispositif de surveillance continue (datant de 2009) interpelle déjà et il convient de réfléchir à son remplacement, l'ensemble des parties partageant ce point de vue.

L'autre volet est celui du niveau de la rémunération de ce type de structure. La valeur unitaire de la rémunération journalière est insuffisante. Des études ont été conduites. De plus, cette rémunération interpelle notamment en raison d'initiatives régionales mettant en place des cahiers des charges très disparates. Quelle cohérence entre une tarification nationale et des cahiers des charges régionaux hétérogènes ?

Corriger le dispositif de la surveillance continue et conduire une politique tarifaire adaptée en réanimation, surveillance continue et soins intensifs.

Procéder à une modification du dispositif d'allocation de ressources en surveillance continue par la mise en place d'un indicateur composite.

Fixer un prix de journée de 1 100 euros pour la réanimation et de 700 euros pour les soins intensifs et/ou de surveillance continue.

Normaliser sur le plan national les cahiers des charges régionaux de surveillance continue.

4

LES CLINIQUES VERTES

Des financements ont été accordés les années passées pour les cliniques dites « vertes » c'est-à-dire isolées et assurant une mission de proximité. Ils doivent être maintenus et pérennisés. La construction tarifaire incluant de facto des seuils d'activité supérieurs à ceux pratiqués au sein de ces établissements de proximité.

Pérenniser le financement des cliniques vertes.

5

PRESTATIONS INTER-HOSPITALIÈRES (PIH)

La problématique de la facturation des prestations inter-hospitalières, notamment en cas de transfert de moins de deux jours, demeure à ce jour. Le renvoi à des relations contractuelles ne suffit pas à gérer des situations où les dispositifs tarifaires publics et privés ne couvrent pas les mêmes champs. Cela constitue un frein à des actions de coopération et à l'efficacité du système de santé. Des recommandations doivent, à tout le moins, être mises au point.

Définir les règles de tarification des PIH de moins de 48 heures.

FHP MCO

6

LES ÉTABLISSEMENTS EX-POSU PLATEAUX TECHNIQUES SPÉCIALISÉS

Les années passées des enveloppes d'aides à la contractualisation (AC) étaient allouées pour accompagner l'absence de tarification de ces structures. Il convient de poursuivre les efforts. Le retard pris dans la constitution des réseaux d'urgences ne doit pas pénaliser ces structures qui auront toutes leur place dans le dispositif à venir. Il conviendra de définir les conditions de financement des établissements reconnus plateaux techniques spécialisés dans le cadre du réseau des urgences.

Maintenir le financement MIGAC des ex POSU.

7

LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES D'URGENCE

D'une manière générale, la rémunération des services d'urgence est sous-évaluée. Tant le principe de facturation qui est perfectible (pas de facturation pour les re-convocations alors qu'une réelle prestation est assurée ou pas de prise en compte pour la comptabilisation des FAU des patients ne faisant pas l'objet d'ATU) que le montant de la rémunération du passage à 25,28 euros appellent quelques interrogations.

Revaloriser le forfait ATU à 30 euros, offrir la possibilité de facturer pour les re-convocations, et valoriser le montant des FAU en fonction du nombre de passages.

FHP MCO

8

FACTURATION DES CHAMBRES PARTICULIÈRES EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Nous avons demandé à plusieurs reprises d'apporter de la lisibilité juridique sur la possibilité de facturer des chambres particulières en hospitalisation à temps partiel. Cette demande est restée à ce jour sans suite. La modification réglementaire reste relativement simple. Une telle mesure constitue par ailleurs un incitatif au développement de la chirurgie ambulatoire sans surcoût pour les régimes obligatoires.

En quoi ce dispositif est essentiel en termes d'incitation financière ? L'incitation financière constitue un outil pour favoriser la substitution hospitalisation complète / chirurgie ambulatoire par :

- un tarif unique pour les couples GHM (hospitalisation complète / ambulatoire),
- la possibilité de facturer des chambres particulières.

Sur le premier sujet, une première étape a été effectuée puisque les tarifs des GHS en J et des GHS de niveau 1 ont un tarif identique. Il convient de poursuivre cette démarche pour les niveaux 2, 3 et 4.

Sur le deuxième sujet, bien que la ministre ait donné un accord de principe, aucune avancée n'a été effectuée. Pourtant, les sommes en jeu sont loin d'être négligeables pour un établissement. Le transfert d'une activité hospitalière complète vers une activité de type chirurgie ambulatoire constitue une perte indéniable de chiffre d'affaires.

A titre d'exemple, si un établissement procède à un transfert de 25 patients/jour en requalifiant un service d'hospitalisation complète en service de chirurgie ambulatoire, et si le prix de journée de la chambre particulière est de 50 € par présence à minuit et en posant comme hypothèse que les patients sont hospitalisés une nuit, cela représente une perte annuelle de 325 000 euros.

Dans un environnement d'évolution tarifaire inexistant, une telle perte à ce jour apparaît d'autant moins acceptable.

La mise en œuvre de la modification réglementaire demandée permettrait de réduire ce différentiel par la facturation d'une chambre particulière qui serait d'un niveau moindre.

Procéder à la modification des textes réglementaires.

FHP MCO

9

FAIRE ÉVOLUER LE DISPOSITIF D'AVANCE DE FACTURATION

Le dispositif d'avance de 85% apporte une certaine satisfaction, mais, à bien des égards, il génère aussi des lourdeurs de fonctionnement tant pour les caisses que pour nos services de facturation. C'est pourquoi, un dispositif de facturation à 100% constitue une démarche positive pour l'ensemble des parties.

Mettre en œuvre une facturation à 100%.

10

ET QUELLE PLACE POUR L'INNOVATION ?

Cette campagne 2011 devra s'attacher à mieux définir les conditions de prise en charge de l'innovation. Il s'agit de financer des établissements mettant en œuvre des techniques et organisations innovantes. Ce point devait être mis en place avec la mise en œuvre de la T2A. Ce point est tout à fait essentiel et doit être appréhendé avant de poursuivre, par exemple, toute opération d'intégration de DMI ou de médicaments, aujourd'hui facturables en sus, au sein du forfait GHS au risque de pénaliser fortement les innovations thérapeutiques, tout particulièrement en cancérologie. Certaines situations doivent être prises en compte d'ores et déjà de manière lisible et cohérente sur le plan médico-économique : le financement de la robotique et de la télé-médecine.

Mieux prendre en compte l'innovation des pratiques médicales et organisationnelles.

FHP MCO

EN COMPLÉMENT DE LA CAMPAGNE TARIFAIRE 2011 : DES POSITIONS AFFIRMÉES

■ **Impacts de la mise en œuvre du dispositif LMD.** La mise en œuvre du dispositif LMD et ses impacts notamment sur la classification et la rémunération du personnel infirmier doit être appréhendée afin d'envisager les mesures d'accompagnement dans le cadre de la campagne tarifaire 2011. Les impacts portent en 2011, 2013 et 2015, soit 180 millions pour les Infirmières diplômées d'État (dont 60 millions d'euros en 2011).

Position : prendre en compte l'impact LMD dans les tarifs.

■ **Disproportions des sanctions financières lors des contrôles T2A.** Évolution de la réglementation. Cette première année 2009 de mise en œuvre des sanctions financières a mis en lumière une disproportion entre le montant des indus et le montant de certaines sanctions financières constatées et cela dans plusieurs régions. La législation précise cependant que le montant des sanctions doit être déterminé en fonction de celui du montant des indus. Or, des indus de quelques centaines d'euros ont pu donner lieu à des sanctions financières de plusieurs centaines de milliers d'euros.

Par ailleurs, début 2010, un projet de décret sanctions a été transmis très tardivement aux fédérations représentatives des établissements de santé. Il a suscité une réaction de l'ensemble de ces fédérations, alarmées par ce texte qui aura pour conséquence de mettre en péril la pérennité d'établissements de santé. Un réel risque existe de voir des structures périlcliter si ce décret venait à être publié en l'état.

La disproportion actuelle entre le montant des indus et celui des sanctions est d'autant plus inacceptable que les tutelles ne sont pas en mesure de nous apporter des explications claires sur la manière dont les sanctions financières sont calculées.

Nous demandons que les règles de calcul soient clarifiées et revues pour respecter une proportion.

Des délégations régionales (notamment en Aquitaine) ont demandé aux ARH/ARS de surseoir à statuer sur les sanctions à partir du moment où les indus sont en cours de contestation par les établissements devant les CRA et les TASS. La réponse laconique des ARH/ARS selon laquelle la réglementation ne prévoit pas cette possibilité ne nous paraît ni compréhensible, ni acceptable.

Position : 4 amendements ont été déposés lors du PLFSS 2011.

FHP MCO

- **Politique d'intégration des médicaments et DMI en sus.** Les conditions dans lesquelles se sont déroulées les dossiers fin 2009 début 2010 portant sur l'EPO et les produits anticancéreux constituent l'exemple même de l'absence de concertation. La réaction de la profession a été à la hauteur de l'effet surprise d'autant que, au moins pour l'un des dossiers, la préparation technique était incomplète.

Une nécessaire concertation doit être conduite. À tout le moins, une information préalable à l'image de la méthodologie utilisée pour les projets d'intégration des DMI.

Position : mettre en place une politique de concertation.

- **La régulation des médicaments et DMI en sus, et des transports et les sanctions du CBUM.** Les établissements n'étant pas directement les prescripteurs de ces dépenses, il conviendrait de faire en sorte que les médecins soient parties prenantes dans le dispositif des sanctions.

Position : impliquer les médecins dans le dispositif de sanctions.

- **La création d'un indice ISH.** La FHP-MCO au côté de la FHP soutient, avec la FHF, la FEHAP et la FNCLCC, la création d'un Indice de Santé Hospitalier. L'objet est de mettre en lumière l'évolution des charges hospitalières afin d'éclairer les débats au moment du PLFSS.

Position : voter un ONDAM avec l'éclairage de l'ISH.

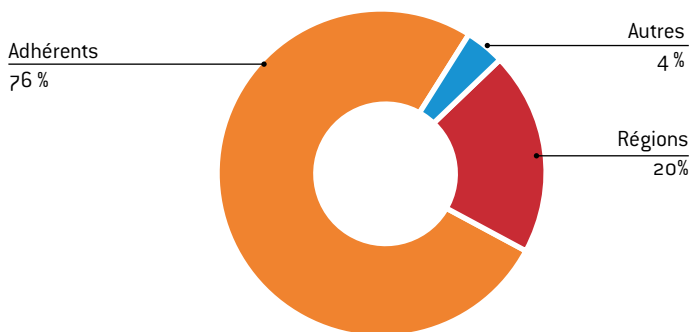
FHP MCO

400
QUESTIONS EN
6 MOIS

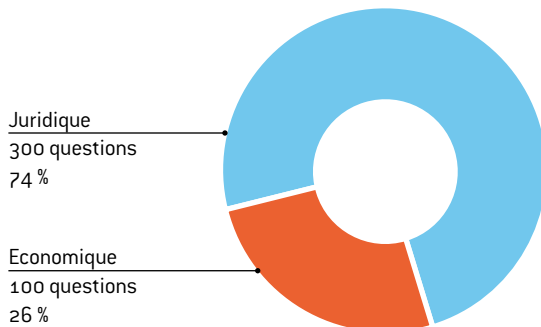
AU SERVICE DES ADHÉRENTS

Les 6 derniers mois (du 15 avril au 15 octobre), l'équipe d'experts juridique, économique du syndicat a répondu en moyenne à **3 questions par jour**.

Qui pose les questions ?



Quel domaine d'expertise est sollicité ?



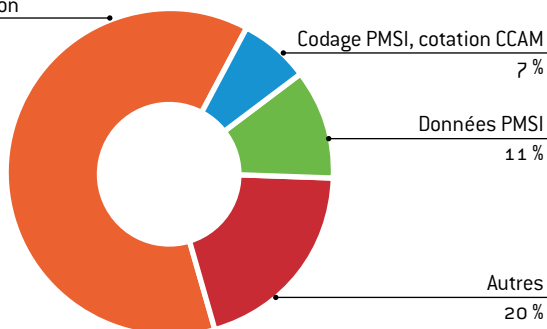
FHP MCO

Quelles sont les questions posées ?

Pôle économique

Tarifs/facturation

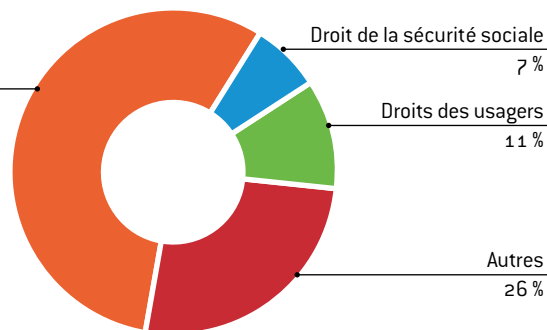
62 %



Pôle juridique

Autorisation

62 %



Quelles sont les délais de réponse ?

Délai moyen de réponse du pôle économique : 4,24 jours.

Délai médian de réponse du pôle économique : 1 jour.

Délai moyen de réponse du pôle juridique : 1,71 jour.

Délai médian de réponse du pôle juridique : moins de 1 jour.

FHP MCO

DES LIENS AVEC VOUS

Le « 13h ». Une newsletter est adressée par courriel aux adhérents chaque jeudi. Déjà 90 numéros au compteur ! Au sommaire : la position politique du président, des informations brèves, techniques ou générales sur la profession, la parole donnée aux adhérents, ou usagers ou autres professionnels dans les « 3 questions à ».

Les « dépêches ». 102 dépêches en 2010 rédigées par les experts du syndicat et envoyées par mail aux adhérents au fil de l'actualité.

Des questionnaires express. La FHP-MCO a développé un module interactif intégré aux dépêches qui nous permet de vous sonder. Sur un sujet d'actualité, nous vous posons des questions courtes auxquelles vous répondez en ligne. Nous recevons en direct une photographie de la position de la profession qui nous permet de mieux asseoir notre discours et enrichir les messages que nous délivrons auprès des tutelles, journalistes, audience des journées thématiques...



FHP MCO

Un nouveau site internet. L'espace MCO sur le site de la FHP a grandi, migré et a été considérablement complété pour devenir un site internet autonome à destination des adhérents et des professionnels de santé : www.fhp-mco.fr. Une partie publique présente les chiffres nationaux et régionaux, l'actualité, les acteurs de notre secteur MCO et offre un accès aux films documentaires réalisés par la FHP-MCO. Un espace adhérent constitue pour vous une source documentaire importante : vous y retrouverez notamment la totalité des dépêches classées par thématiques.

Un site dynamique

- Une plateforme de re « CRU »tement a été mise en ligne lors du premier Congrès des usagers permettant de mettre en lien des établissements cherchant des représentants des usagers afin de siéger dans leur CRU et des associations proposant.
- Affichons nos établissements : envoyez-nous les photos de vos établissements pour les publier à la une du site fhp-mco.fr.
- Des « chats politiques » seront organisés régulièrement permettant aux adhérents d'échanger avec des décideurs en santé.
- Une plateforme collaborative concernant la solidarité nationale et internationale sera élaborée.

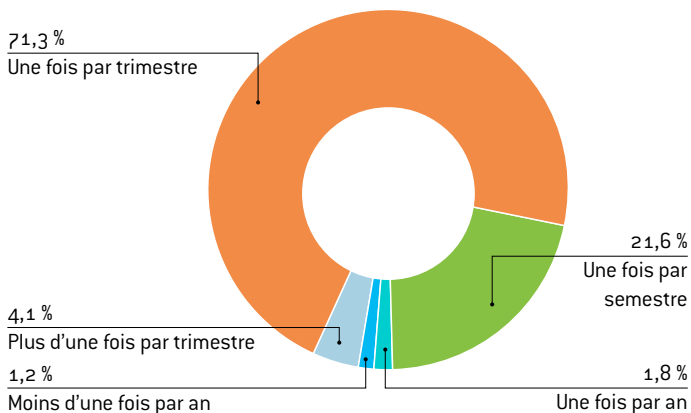
20
11

FHP MCO

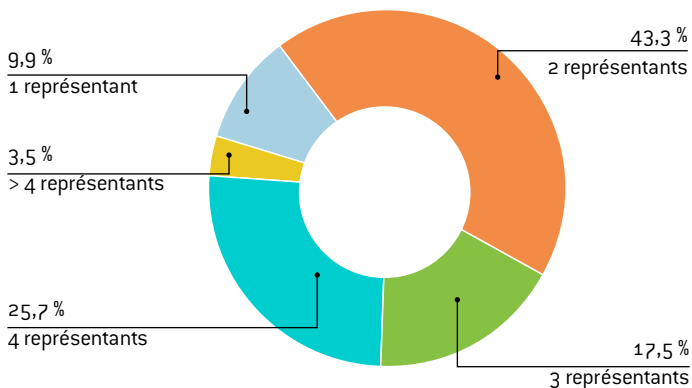
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS MCO : QUEL FONCTIONNEMENT DES CRUQPC EN 2010 ?

Enquête réalisée par la FHP-MCO en juillet et août 2010 par courriel auprès des 650 établissements MCO adhérents. 175 établissements ont répondu (réponses déclaratives).

À quel rythme votre CRUQPC se réunit-elle ?

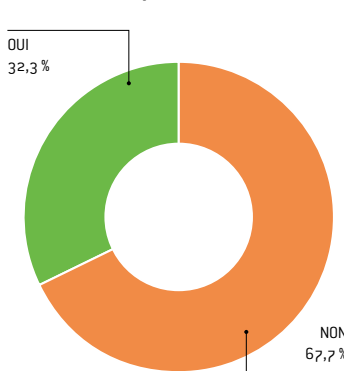


De combien de représentants d'usagers votre CRUQPC est-elle composée ?

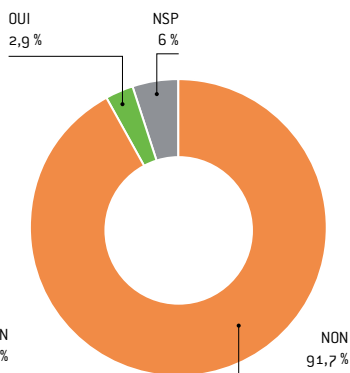


FHP MCO

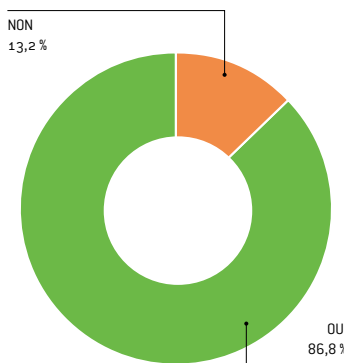
Qualité de la représentation



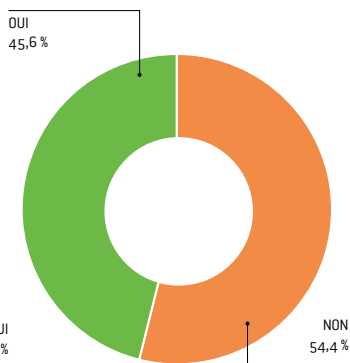
Avez-vous rencontré des difficultés à trouver des représentants de CRUQPC pour votre établissement ?



Avez-vous des changements fréquents de représentants d'usagers ?



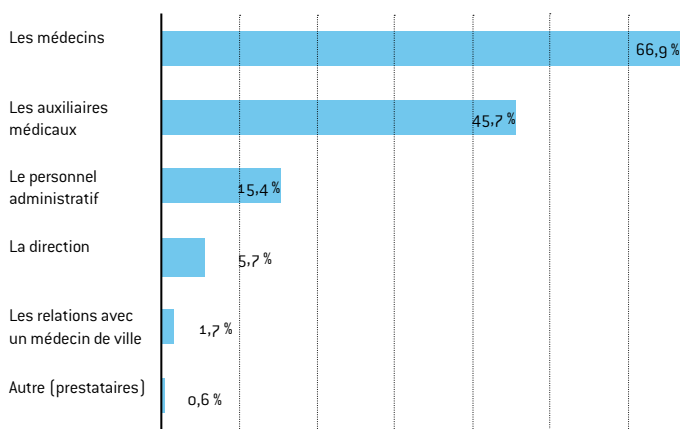
Vos représentants de CRUQPC sont-ils suffisamment actifs ?



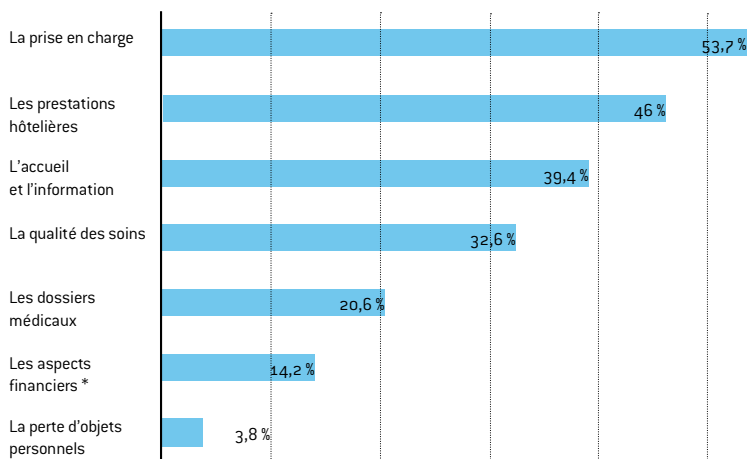
Les représentants des usagers de votre CRUQPC ont-ils été formés ?

FHP MCO

Les plaintes et réclamations des usagers concernent principalement :



Les plaintes et réclamations des usagers ont pour objet :



Questions à choix multiples

* Dépassements d'honoraires et problèmes de facturation

FHP MCO

MÉDIAS SOCIAUX : QUELLE UTILISATION ?

Enquête réalisée par la FHP-MCO le 29 mars 2010 par courriel auprès des 650 établissements MCO adhérents. 86 établissements ont répondu (réponses déclaratives).

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| Votre établissement dispose-t'il d'un site internet ? | oui 90,6 % | non 9,4 % | |
| Certains de vos praticiens disposent-ils d'un site internet ? | oui 61,9 % | non 22,6 % | nsp 15,5 % |
| À quelle fréquence actualisez-vous votre site internet ? | 1 fois par semaine 10,8 % 1 fois par mois 21,7 % | 2 fois par mois 3,6 % 1 fois par trimestre 32,5 % | nsp 31,3 % |
| Consacrez-vous un budget pour être présent sur la version Internet des pages jaunes ? | oui 78,8 % | non 17,6 % | nsp 3,5 % |
| En tant que professionnel de santé, animez vous un blog ? | oui 3,5 % | non 95,3 % | nsp 1,2 % |
| En tant que professionnel de santé, intervenez-vous dans des forums ? | oui 12,9 % | non 67,1 % | Cela m'est déjà arrivé 20 % |
| Certains de vos praticiens ou salariés participent-ils à des forums sur la santé ? | oui 34,5 % | non 11,9 % | nsp 53,6 % |
| Certains de vos praticiens ont-ils fait des contributions à wikipedia ? | oui 0 % | non 18,2 % | nsp 81,8 % |
| En tant que professionnel de santé, utilisez-vous facebook ? | oui 10,7 % | non 89,3 % | |
| Etes-vous familier avec Youtube, Dailymotion ? | oui 49,4 % | non 50,6 % | |
| Utilisez-vous Twitter ? | oui 3,5 % | non 95,3 % | nsp 1,2 % |
| Seriez-vous intéressé par un séminaire sur les bénéfices qu'un établissement de santé privé peut attendre de ces outils interactifs et de la manière de les mettre en place ? | oui 68,2 % | non 31,8 % | |

FHP MCO

L'OBSERVATOIRE ÉCONOMIQUE DE CTC

Comme chaque année, en 2009, la FHP-MCO présentait à la presse les résultats de l'Observatoire économique (données 2008) du cabinet conseil CTC.

Novembre 2009 une situation aggravée

- 2008 montre une baisse du nombre d'entrées de $-1,6\%$ et des journées réalisées $-3,3\%$. Les passages en ambulatoire et séances de chimiothérapie apparaissent en légère hausse par rapport à 2007, respectivement : $+2,9\%$ et $+1,2\%$.
- Les DMS sont stables : 5,6 j en médecine ; 4,4 j en chirurgie ; 4,8 j en obstétrique.
- La croissance du chiffre d'affaires s'élève à $+1,08\%$. C'est le plus faible taux de croissance depuis 5 ans.
- La part de l'Assurance Maladie dans le chiffre d'affaires des établissements s'élève à $88,2\%$.
- Les recettes annexes représentent $11,8\%$ du chiffre d'affaires, dont $4,4\%$ pour les chambres particulières.
- Même s'il reste positif, $2,3\%$, le résultat brut d'exploitation se dégrade fortement. Il semble se consacrer uniquement aux investissements et devient trop faible pour permettre la rémunération des investisseurs.
- Le résultat net moyen devient négatif à -1% du chiffre d'affaires.
- En valeur absolue, la masse salariale augmente globalement de $3,8\%$ entre 2007 et 2008. En 2008, elle représente $49,1\%$ du chiffre d'affaires. Ce ratio augmente de $0,7$ point par rapport à 2007.

FHP MCO

Novembre 2010, une situation améliorée mais toujours en convalescence

- Les DMS sont respectivement de 5,2 en médecine, 4,4 en chirurgie, 4,7 en obstétrique.
- La croissance du chiffre d'affaires s'élève à 4,5 %.
- La part de l'Assurance Maladie dans le chiffre d'affaires des établissements s'élève à 90% ; les recettes annexes représentent 10 % du chiffre d'affaires.
- Le résultat net moyen augmente de 1,3 %.
- En valeur absolue, la masse salariale augmente globalement de 2,6 % entre 2008 et 2009.

Même si nous constatons une légère amélioration de la situation, l'ensemble des mesures mises en œuvre par la tutelle en 2010 alimentent de vives inquiétudes concernant la situation économique de notre secteur en 2010 et 2011.

| | 2008 | 2009 |
|---------------------------------|---------|---------|
| Entrées hospitalisation | | |
| complète | -1,60 % | 2,86 % |
| journées | -3,30 % | -1,60 % |
| chirurgie ambulatoire | 2,90 % | 3,60 % |
| séances chimiothérapie | 1,20 % | -1,20 % |
| DMS | | |
| médecine | 5,6 | 5,2 |
| chirurgie | 4,6 | 4,4 |
| obstétrique | 4,6 | 4,7 |
| Chiffre d'affaires | 1,08 % | 4,50 % |
| Part recettes AM dans le CA | 88,20 % | 90 % |
| Résultat d'exploitation | 2,80 % | 3,50 % |
| Résultat net | 1,10 % | 1,30 % |
| Évolution de la masse salariale | 3,80 % | 2,60 % |

FHP MCO

CRÉATION D'UN INDICE SANTÉ HOSPITALIER ISH

INITIATIVE EN COLLABORATION AVEC LA FHP

ET LES TROIS FÉDÉRATIONS HOSPITALIÈRES FHF, FEHAP ET FNCLCC

À l'exemple des indices suivis par l'Insee, l'ISH a pour but de mesurer l'évolution réelle des charges pesant sur les établissements de santé, afin d'éclairer les décideurs publics dans leurs décisions, notamment lorsqu'il s'agit de déterminer la part de richesse nationale consacrée à notre système de santé.

L'écart croissant entre le niveau des tarifs et l'évolution mécanique des coûts entraîne de graves conséquences et de lourdes hypothèques sur notre système de santé. La création de l'ISH initie donc une nouvelle approche visant à préserver notre système de santé, tout en redonnant une crédibilité aux objectifs déclarés. Celui-ci doit progressivement s'imposer comme un référentiel indispensable à la décision.

Ce projet a fait l'objet d'une proposition de loi déposée par le député Elie Aboud cosignée par 64 députés.

L'ISH a fait l'objet d'un dépôt d'amendement dans le cadre du PLFSS 2011 et a été rejeté au motif de l'article 40 (aucune mesure ne doit conduire à aggraver les dépenses).

FHP MCO

CAMPAGNES THÉMATIQUES

TOUS OPPOSÉS AU RATIONNEMENT DE L'EPO !

Ce dossier a mobilisé l'équipe de la FHP-MCO et de la FHP-Dialyse pour réaliser :

- Une conférence de presse en collaboration avec la FEHAP et les associations d'usagers.
- L'achat d'insertion d'1 page en février 2010 dans : *Le Quotidien du médecin* ; *Le Figaro* ; *Le Monde* ; *Le Journal du dimanche*.

TOUS OPPOSÉS AU RATIONNEMENT DE L'EPO !

La FHP dialyse, la FHP-MCO, la FEHAP, la FNARL, la Ligue Rein et Santé, la Société française de dialyse, le syndicat des néphrologues libéraux, le syndicat des néphrologues associatifs s'opposent à un projet d'arrêt du Gouvernement qui porte atteinte à la qualité des soins des patients dialysés

L'indication du traitement à l'EPO (érythropoïétine) en 2001 sur la liste des produits facturables en soin du forcé dialysé avait été saluée comme une victoire par les patients souffrant d'une insuffisance rénale chronique (IRC) qui se battaient depuis plus de dix ans pour une amélioration et élargissement de ce traitement qui concerne principalement les patients les plus fragilisés. L'ensemble des acteurs s'oppose à ce retour en arrière qui signifie une baisse très sensible de la qualité des soins. Par ailleurs, le coût de la « non-qualité » à moyen terme sera bien supérieur aux économies espérées en 2010.

Nous demandons le retrait immédiat de ce projet d'arrêt qui s'appliquerait à partir du 1^{er} mars 2010. Toutefois, nous sommes prêts à envisager ensemble avec les pouvoirs publics, l'évolution de la dialyse en France, afin de préserver la qualité des soins apportés aux patients dialysés.

Dr. Gilles SCHMITZ
Néphrologue CHU de Clermont-Ferrand
Président de l'Association des Néphrologues de la Région Auvergne

Dr. Gilles SCHMITZ
Néphrologue CHU de Clermont-Ferrand
Président de l'Association des Néphrologues de la Région Auvergne

Dr. Jean Paul GIZET
Néphrologue CHU de Clermont-Ferrand
Président de l'Association des Néphrologues de la Région Auvergne

Dr. Olivier VILLE
Néphrologue CHU de Clermont-Ferrand
Président de l'Association des Néphrologues de la Région Auvergne

Michel BAUDOT
Président de la Ligue Rein et Santé

Dr. Jacques CHANLAIU
Néphrologue CHU de Clermont-Ferrand
Président de l'Association des Néphrologues de la Région Auvergne

Dr. Bernard COURDERC
Néphrologue CHU de Clermont-Ferrand
Président de l'Association des Néphrologues de la Région Auvergne

CHIMIOTHÉRAPIE DEMAIN, QUELLE QUALITÉ DES SOINS ?

Un projet d'arrêt du ministère de la Santé remet en cause le contenu du Plan Cancer 2009-2013

En France, les Plans Cancer successifs ont permis de garantir à tous ceux qui souffrent d'un cancer, l'accès à des traitements innovants, adaptés et personnalisés, et de garantir la qualité des soins. Aujourd'hui, pour des raisons de maîtrise financière mal maîtrisée, le projet d'arrêt du ministère de la Santé remet en cause ce projet de Plan Cancer 2009-2013. Ce projet d'arrêt remet en cause le contenu du Plan Cancer 2009-2013, et des cancers dignes de ce nom. Ce projet d'arrêt remet en cause le contenu du Plan Cancer 2009-2013, et des cancers dignes de ce nom. Ce projet d'arrêt remet en cause le contenu du Plan Cancer 2009-2013, et des cancers dignes de ce nom.

Garantir aux patients un accès égal aux traitements et aux innovations

Le projet est en contradiction avec le contenu du Plan Cancer sur lequel le Gouvernement a engagé le Président de la République Nicolas Sarkozy. L'ensemble des acteurs s'oppose à ce projet d'arrêt. Il sera contesté. L'ensemble des acteurs s'oppose à ce projet d'arrêt. Il sera contesté.

FHP MCO

INTÉGRATION DES MÉDICAMENTS ANTICARCÉREUX

Ci-contre : parution d'une page dans *Le Monde* en février 2010.

FHP MCO

DES PRODUCTIONS VIDÉO

Parce que nous vivons dans une culture de l'image, la FHP-MCO a démarré fin 2009 et développé en 2010 des supports vidéo de communication. Cette nouvelle approche permet d'être plus pédagogique et plus efficace dans la transmission de nos valeurs et nos messages.

Secteur public, secteur privé, un même métier, une même mission, un même tarif ?

En 6 minutes, ce film documentaire présente la différence de traitement entre les deux secteurs hospitaliers public et privé, convaincant de la nécessité d'une convergence et explique le concept du tarif unique. DVD envoyé à tous les adhérents, film visible sur le site de la FHP-MCO [rubrique « Hospitalisation privée : connaître la profession »].

2 minutes pour défendre le tarif unique

En 2 minutes, ce clip, muet, défend la bataille de la profession. Il est prévu pour être diffusé dans les halls et salles d'attente des établissements. DVD envoyé à tous les adhérents, film visible sur le site de la FHP-MCO [rubrique « Hospitalisation privée : connaître la profession »].

Les Rencontres annuelles de la profession, version MCO

Retour sur les Rencontres annuelles de la profession, version MCO. Au-delà de garder une trace de cet événement, notre objectif est de donner envie, de motiver l'ensemble des adhérents du syndicat à participer aux prochaines Rencontres. Film documentaire de 12 minutes. DVD envoyé à tous les adhérents, film visible sur le site de la FHP-MCO [rubrique « Hospitalisation privée : connaître la profession »].

20
11

Un reportage des Rencontres annuelles 2010 sera réalisé et diffusé à tous les adhérents.



Où est notre enveloppe sociale?

Pour rebondir sur l'actualité, être réactif et offrir une visibilité maximale aux messages du syndicat, la FHP-MCO produit des clips courts de 2 minutes pour poser de façon synthétique les enjeux d'un dossier. Film visible sur le site de la FHP-MCO [rubrique « Hospitalisation privée : connaître la profession »].

20
11

Des clips sur les grands sujets d'actualité continueront à être produits.



FHP MCO



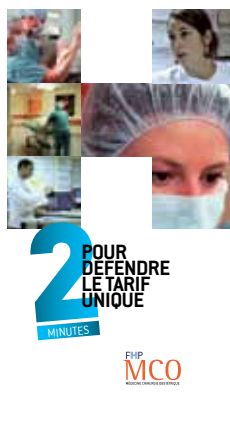
Le conseil d'administration en images

En complément du procès verbal réalisé après chaque conseil d'administration, le syndicat propose une synthèse du CA en images. Vous êtes pressé mais voulez suivre la vie de la profession et connaître les principales décisions prises par les administrateurs ? Ce format est fait pour vous !

Film visible sur le site de la FHP-MCO (rubrique « Hospitalisation privée : connaître la profession »).

20
11

Tous les conseils d'administration feront l'objet d'une synthèse en images.



FHP MCO

NOUS VOULONS LE JUSTE PRIX !

Le juste prix, c'est le tarif unique : un même métier, une même mission, un même tarif pour les hôpitaux et les cliniques. Le tarif unique c'est pour la sécurité sociale la possibilité de facturer les mêmes tarifs à tous les établissements publics ou privés et mettre fin au différentiel de 26 % aujourd'hui en vigueur. La généralisation du tarif unique permettrait à la sécurité sociale d'économiser près de 15 Md€ par an. Notre mission, et nous l'acceptons, c'est sauver la sécu !

Campagne tarifaire 2010 : 35 GHS ont convergé pour une économie de 150 millions d'euros. Le PLFSS 2011, prévoit une convergence de 64 GHM pour une économie de 150 millions d'euros.

L'objectif du tarif unique inscrit dans la loi pour 2018 est loin d'être atteint même si les tutelles font preuve de leur volonté de s'engager dans la bonne voie. La FHP-MCO participe activement aux outils et actions de communication pilotés par la FHP :

- un site internet : www.hostocomparateur.com ;
- une campagne : « Mission : sauver la sécu ». Campagne diffusée du 30 juin au 6 juillet 2010 dans la presse nationale et par affichage à Paris.



FHP MCO

L'HOSPITALISATION PRIVÉE, S'ADRESSE AUX JEUNES MÉDECINS

Pour informer les jeunes internes et chef de clinique sur la place de l'hospitalisation privée dans le paysage sanitaire, attirer leur attention sur les opportunités offertes par notre secteur et accompagner les adhérents dans leur recherche de praticiens, la FHP-MCO a sélectionné deux supports à destination des futurs médecins et a publié une insertion dans les magazines :

- **AVM - Avenir médecin** (mensuel à destination des internes, publication en juin et septembre 2010) ;
- **ANEMF** (mensuel à destination des étudiants en médecine, publication en février 2010) ;
- **Le Cordon rouge** (trimestriel à destination des internes en gynécologie, publication en novembre 2010).



Pour en savoir plus : Fédération de l'hospitalisation privée - Médecins, Chirurges, Obstétriques - 10, rue de Marceau 75008 Paris www.fhp-mco.fr



Pour en savoir plus : Fédération de l'hospitalisation privée - Médecins, Chirurges, Obstétriques - 10, rue de Marceau 75008 Paris www.fhp-mco.fr

FHP MCO

DES RENCONTRES POUR ÉCHANGER



8 MARS : « MANAGER UNE CLINIQUE AU FÉMININ »

Dans le secteur de la santé comme ailleurs, les femmes ne sont que peu à des postes de responsabilité. À la FHP-MCO, nous avons souhaité nous intéresser à l'approche qu'a une femme manager d'établissement hospitalier, de l'exercice de son métier. Afin de faire émerger et d'identifier, sans présupposé aucun, quels sont les freins et les facilitations qu'elle rencontre à la tête d'une clinique, nous avons articulé nos débats et notre réflexion autour de quatre thématiques : femmes et ressources humaines, femmes et argent, femmes et communication, femmes et engagement politique et syndical.



16 JUILLET : « CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES »

La mise en œuvre par les pouvoirs publics de la législation afférente aux contrôles externes (ou encore contrôles T2A) de l'Assurance Maladie et aux sanctions financières n'est pas satisfaisante. Elle place les établissements de santé dans une situation d'insécurité juridique et financière. Le nouveau projet de décret « sanctions » qui nous a été soumis dans le cadre de la concertation en décembre 2009 n'a fait que renforcer nos inquiétudes et nos préoccupations. Les points de vue du ministère de la santé, de la CNAMTS, des fédérations, des médecins DIM et des avocats ont été exposés.

Un document technique réalisé par les experts du syndicat est à votre disposition (à télécharger sur l'espace adhérent du site internet). Des annales de cette journée sont également disponibles sur le site.

FHP MCO



14 SEPTEMBRE : « PREMIER CONGRÈS DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS »

Plus de 250 personnes : directeurs d'établissement, représentants d'associations de patients et représentants d'usagers. Au-delà d'une présentation de l'hospitalisation privée par Lamine Gharbi, d'une conclusion par Ségolène Benhamou, membre du bureau et en charge des relations avec les usagers et d'une intervention de Alain-Michel Ceretti, médiateur de la République, 3 tables rondes se sont succédées sur les thématiques : « les dépassements d'honoraires : dans quelle mesure ? quels enjeux ? » ; « la formation des représentants d'usagers : une préoccupation de tous » ; « la qualité de la prise en charge des usagers : retours d'expérience ».

Des annales de cette journée sont disponibles sur le site internet.



7 OCTOBRE : « QUELLES NOUVELLES RÉGLEMENTATIONS RELATIVES AU DÉVELOPPEMENT DURABLE ENTRERONT EN VIGUEUR DEMAIN DANS VOS ÉTABLISSEMENTS »

Quatre grands plans nationaux vont rythmer les prochaines années des établissements de soin : quels sont les grands objectifs de l'État, quelle articulation avec la politique de santé et quels impacts sur les établissements ?

FHP MCO

PORTRAITS DE LA PROFESSION

La FHP-MCO a démarré fin 2009 son projet « portrait de la profession, des directrices et directeurs d'établissements privés MCO témoignent ».

Dans le prolongement des « 3 questions à » de la newsletter hebdomadaire, des directrices et directeurs d'établissements privés MCO s'expriment sur leur quotidien, nous font part de leurs préoccupations et de leurs espoirs. Faire entendre sa voix, c'est avant tout se faire connaître et reconnaître en tant que corporation diverse, engagée et responsable.

Constats à froid, analyses, coups de colère, confidences, nostalgie, 45 d'entre vous se sont prêtés au jeu et ont accepté de démarrer cet album de famille.

Nous avons conçu un DVD avec une carte de France interactive qui vous permet d'aller à la découverte de vos collègues en région et de découvrir de nouveaux confrères aux quatre coins de l'hexagone.

DVD envoyé aux adhérents et portraits visibles sur le site de la FHP-MCO.

Une deuxième série de portraits est réalisée lors des Rencontres Annuelles de la profession les 18 et 19 novembre 2010 et donnera lieu à une diffusion sur DVD et site internet.



FHP MCO

FHP-MCO ENGAGÉE DANS LE DEVELOPPEMENT DURABLE : UN PARTENARIAT AVEC LE C2DS

« Les appels répétés des scientifiques, le Grenelle de l'environnement, l'engagement d'Al Gore ou encore celui de Nicolas Hulot, enfin, la création d'une première chaire « développement durable » au Collège de France, constituent un faisceau d'éléments qui nous amène à nous interroger sur l'impact de notre activité sur notre santé et celle de notre planète. Professionnels de santé, nous avons une obligation, celle de soigner une population mais aujourd'hui plus qu'hier, nous avons également une mission, celle de favoriser une santé durable de nos patients et de nos salariés. Nous ne pouvons qu'accompagner les 700 cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique privées à s'engager dans cette double approche curative et préventive. Le développement durable dans le secteur hospitalier est certes une approche nouvelle mais déjà inscrite dans la troisième version de la certification, elle vient surtout prolonger la démarche qualité que nous connaissons bien. Nous sommes confiants dans la volonté de nos professionnels à s'y engager car ces questions résonnent particulièrement juste dans nos établissements. »

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

Ce partenariat se décline notamment au travers de :

- Une rubrique chaque semaine dans la newsletter « 13h »
- Une newsletter, trois fois par an. Envoyée par e-mail, cette newsletter reprend tous les sujets d'actualité relatifs à une démarche de développement durable dans les établissements de santé MCO.

Une journée thématique annuelle

7 octobre 2010 « Quelles nouvelles réglementations relatives au développement durable entreront en vigueur demain dans vos établissements. »
Revue des 4 grands plans nationaux : SNDD, PNSE 2, PST 2, Grenelle 2.



FHP MCO

PLUS DE

2

ARTICLES
PAR SEMAINE

DES RELATIONS PRESSE

Des relations presse pour promouvoir les initiatives et diffuser les positions du syndicat et de ses adhérents. Parmi les principaux titres : *Le Quotidien du Médecin*, *APM*, *Hospimédia*, *Le Parisien*, *L'Infirmière magazine*, *AFP*, *Décision Santé*, *AEF*, *Panorama du médecin*.









REVUE DE PRESSE 2010

(> novembre 2010)

FHP MCO

L'INFIRMIERE Magazine

20 octobre 2010

ALLEMAGNE

FACULTÉ D'OUVERTURE

Outre-Rhin, une « université des patients » met l'éducation thérapeutique à la portée de tous.

Une initiative étonnante a été présentée dans le cadre du 1^{er} congrès des représentants des usagers organisé par la FHP-MCO¹⁾ le 14 septembre dernier. En Allemagne, une « université des patients²⁾ » a été mise en place en 2006, afin que l'éducation thérapeutique soit à la portée de tous. Elle est financée par les fonds propres de l'université de médecine de Hanovre ainsi que par la participation des patients-citoyens (moyennant un forfait de 95 euros par cycle de dix cours). Chaque cycle est consacré à une grande thématique, présentée par un expert sous différents angles (physiologie, diagnostic, médicaments, prévention, responsabilisation...). Chaque cours est suivi de

travaux pratiques. L'enjeu est la mise sur une approche de la médecine. « Le bilan est très positif », rapporte Marie Luise Diehl, Pr de l'Université des patients. « Nous espérons que les caisses sont vides ».

1- Fédération de l'Infirmière
2- Sur internet : www.universitaet.de

Le cri du contribuable

Mai 2010

Hôpitaux sous perfusion

L'hôpital public, par sa mauvaise gestion, plombe les comptes de l'assurance maladie. La « solidarité nationale » en fait les frais, c'est-à-dire le contribuable...



HÔPITAUX PUBLICS : RANGER LE FISTON DES SAUPLAIRES
page 14
NOUVEAU FOND DE PLUS POUR LES ASSURÉS MALADES (DANS LA Pénurie)
page 19
NOUVEAU FOND : LA VÉRITÉ DES DOMMAGES
page 20
NOUVEAU FOND : LA PÉRIODE DE LA PÉRIODE
page 21

Il n'est pas de France qui n'ait eu à souffrir de la crise. L'Allemagne de l'Est, par exemple, a connu une grande situation de précarité. La situation est de 25 %, selon la Commission européenne. La situation de l'assurance maladie est très mauvaise. Le chiffre de l'assurance maladie est de 100 milliards. Le chiffre de l'assurance maladie est de 100 milliards.

La convergence tarifaire entre public et privé a été repoussée en 2018.

« Direction de la santé que le privé »... « Direction de la santé que le privé »... « Direction de la santé que le privé »...

DÉPÊ

LES DÉPÊCHES TOUTE L'ACTUALITÉ DU MCO

NORMES ET AUTORISATIONS

PAGES 52, 53, 54, 55, 56, 60, 68, 75, 76, 78, 82, 85, 86, 89, 99, 109, 112, 114, 117

FINANCEMENT

PAGES 44, 49, 56, 58, 59, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 79, 83, 91, 92, 96, 97, 98, 102, 103, 106, 107, 112, 114

RISQUES ET QUALITÉ

PAGES 76, 84, 100

CONTRÔLES PUI & CBUM

PAGES 80, 84, 89, 90, 91

PLANS, LOIS ET RÉFORMES

PAGES 47, 50, 51, 59, 64, 81, 90, 93, 105, 107, 111, 114, 118

ENQUÊTE ET OBSERVATOIRE

PAGES 59, 73, 78, 80, 94, 95, 101, 105, 116

NAISSANCE

PAGES 47, 56, 57, 77, 88, 94

COMMUNICATION

PAGES 44, 49, 58, 61, 62, 76, 86, 95, 98, 113, 115

102 DÉPÊCHES

16 NOVEMBRE 2009

DÉVELOPPEMENT DURABLE EN SANTÉ : JOURNÉE DE SENSIBILISATION ET D'INFORMATION, MARDI 8 DÉCEMBRE À PARIS

Dans le cadre du partenariat entre la FHP-MCO et le c2ds (Comité pour le développement durable en santé), nous vous invitons à une journée thématique de sensibilisation sur une démarche de développement durable au sein d'un établissement hospitalier, et plus particulièrement au sein du bloc opératoire.

Parce que la FHP-MCO souhaite contribuer à la « durabilité » du système de santé et construire avec les établissements privés une vision à long terme, le syndicat a signé un partenariat avec le Comité pour le développement durable en santé – c2ds. Cette association de professionnels de l'hospitalisation publique, privée et PSPH a pour objectif d'informer, de motiver et d'accompagner les acteurs à s'engager dans une démarche de développement durable. Au-delà de convictions personnelles, les exigences environnementales de la V2010 et celles des conditions d'éligibilité au plan Hôpital 2012, sont suffisantes pour porter à votre connaissance des informations et des outils d'accompagnement produits par ce comité. Enfin, le c2ds forme en « développement durable » les experts visiteurs de la HAS.

17 NOVEMBRE 2009

ALLOCATION DE DOTATIONS RÉGIONALES PAR LES ARH

Je tiens à porter à votre connaissance la deuxième circulaire complétant celle du 17 mars 2009, qui vise à préciser les conditions dans lesquelles les ARH peuvent allouer les dotations régionales aux établissements de santé. Synthèse des actions retenues en trois points.

1. LES MESURES COMMUNES AUX ÉTABLISSEMENTS (EX OQN ET EL EX DG)

Compensation des effets imprévus de la campagne budgétaire 2009

- motif du financement : compensation des effets revenus liés à l'application des tarifs issus du modèle de financement rénové ; accompagnement des établissements en difficulté financière ayant signé un contrat de retour à l'équilibre ; compensation des surcoûts engendrés par la prise en charge des patients atteints de la grippe H1N1 : 10 M€ ;
- montant total du financement : 103 301 400 € AC non reconductibles.

Études nationales de coûts à méthodologie commune

- motif du financement : part variable de la subvention accordée au titre de la participation des établissements à l'ENCC 2007 ; part fixe de la subvention accordée au titre de la participation des établissements à l'ENCC 2008 ; financement de l'ENCC SSR uniquement pour les établissements sous DAF, sous réserve de la signature de la convention ; financement de l'ENCC HAD 2009, sous réserve de la signature de la convention ;
- structures concernées : établissements participants aux ENCC ;
- montant total du financement : 4 550 850 € MIG/DAF non reconductibles.

Plan alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

- motif du financement : accompagner le développement des consultations mémoires et des centres mémoire de ressource et de recherche ;
- montant alloué : 1 364 M€ en fonction de critères populationnels (nb de personnes âgées de plus de 75 ans en 2007) ; 1,1 M€ en fonction de l'activité

DÉPÊCHES

produite en 2008 ;

- critère : file active et nouveaux patients rapportés aux nb de personnes âgées de plus de 75 ans ;
- établissements concernés : établissements disposant d'une structure assurant la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (consultations mémoires et des centres mémoire de ressource et de recherche) ;
- montant total du financement : 2 463 190 € MIG reconductibles.

Financements complémentaires au plan cancer

- motif du financement : accompagner les dispositifs de lutte contre le cancer ;
- montant alloué : soutien aux mesures de qualité transversale : 9 M€ (dispositif d'annonce, pluridisciplinarité, et soins de support) ; soutien à la radiothérapie : 2,86 M€ (renforcement des personnels et sécurité des pratiques) ; prise en charge des cancers rares : 2,63 M€ ; soutien des familles à haut risque génétique : 1,41 M€ ; indemnisation des stagiaires radio physiciens : 0,84 M€ ;
- structures concernées : établissements autorisés à pratiquer la cancérologie ;
- montant total du financement : 16,74 millions d'€.

Renforcement du dispositif des permanences d'accès aux soins

Au sein des structures PASS :

- mettre en œuvre les bonnes pratiques d'organisation et d'évaluation des structures PASS : 14 structures sélectionnées = 732 250 € ;
- favoriser le développement de consultations dentaires : Création de 17 PASS dentaires = 1,28 M€ ;
- renforcer la prise en charge sociale des personnes au moment de leur entrée dans les soins psychiatriques : 41 structure de PASS sélectionnées = 3,97 M€.

Plates formes d'information santé

- motif du financement : améliorer l'information du grand public ;
- montant alloué : 1,02 M€ ;
- structures concernées : toutes les Régions exceptées Aquitaine, Franche-Comté, Picardie, Rhône-Alpes et Île-de-France [Crédits alloués en mars 2009].

Financement des techniques innovantes de radiothérapie

- motif du financement : financement des surcoûts engendrés par des techniques innovantes (cyberknife) dans l'attente d'une classification ;
- montant alloué : 2,1 M€ ;
- structures concernées : centres de Radiothérapie.

Plan Hôpital 2012

- motif du financement : délégation des crédits MIGAC et DAF au titre de l'exercice 2009 ;
- montant alloué : AC : 32 978 610 M€ / DAF : 5 652 300 M€.

2. LES MESURES SPÉCIFIQUES AUX CLINIQUES PRIVÉES (EX OQN)

Mesures d'accompagnement spécifique à destination des cliniques privées

- motif du financement : soutien aux cliniques isolées ; rectification de l'erreur technique sur les GHS d'obstétrique ; soutien aux pertes subies par la disparition du droit d'option (SRA, SSC) ;
- structures concernées : cliniques privées ;
- montant total du financement : 7 763 990 € AC, non reconductibles.

DÉPÊCHES

3. LES MESURES SPÉCIFIQUES AUX ÉTABLISSEMENTS EX DG

Mise en place du chèque emploi service universel (CESU)

- motif du financement : contribution spécifique au titre du CESU ;
- montant alloué : 20,26 M€ ;
- structures concernées : établissements adhérents au Comité de gestion des œuvres Sociales + APHP.

Nouvelle prime de responsabilité versée aux internes de 4^e et 5^e année

- motif du financement : valoriser l'implication des internes dans l'activité hospitalière ;
- montant alloué : 7,79 M€ (dans la masse tarifaire sauf pour les quatrième années) ;
- structures concernées : établissements accueillant des internes.

Surcoûts liés à l'augmentation du nombre d'internes

- motif du financement : accompagnement financier dû à l'augmentation du nombre d'internes induite par l'augmentation du *numerus clausus* ;
- montant alloué : 115,40 M€ ;
- structures concernées : établissements accueillant des internes.

Réajustement de la rémunération des praticiens à temps partiel

- motif du financement : alignement des émoluments des praticiens exerçant à temps partiel sur ceux des praticiens hospitaliers ;
- montant alloué : 8,02 M€ (masse tarifaire + ONDAM) ;
- structures concernées : établissements publics de santé.

Création des postes d'assistants spécialistes partagés

- motif du financement : financer les créations de postes d'assistants spécialistes à l'activité partagée entre un CHU et un ou plusieurs centres hospitaliers du territoire ;
- montant alloué : 1,7 M€ ;
- structures concernées : CHU.

Autres mesures relatives au personnel médical

- motif du financement : financement des postes hospitalo-universitaires et de consultants transformés ou créés au titre de l'année universitaire 2009/2010 ;
- montant alloué : 1,7 M€ ;
- structures concernées : CHU.

Financement des interventions des Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) en cas d'indisponibilité des ambulanciers privés

- montant alloué : 16,278 M€ ;
- structures concernées : établissements sièges du service d'aide médicale d'urgence (SAMU).

Soins aux personnes détenues

- motif du financement : développement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), pour l'hospitalisation des détenus pour motif psychiatrique ;
- montant alloué : 1,83 M€ ;
- structures concernées : établissements mettant en place une UHSA.

Plan autisme 2008-2012

- motif du financement : accompagnement du moment d'annonce du diagnostic d'autisme ;
- montant alloué : 225 000 € ;
- structures concernées : CH Robert Debré (APHP), CH d'Erstein, CHU de Tours.
- ▶ Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) et Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

17 NOVEMBRE 2009

RÉACTION FHP-MCO PAR RAPPORT AU MOUVEMENT DE GRÈVE DU SYNGOF

Le mouvement de grève à l'initiative du SYNGOF a été lancé brutalement vendredi dernier. Sur le fond, la problématique assurantielle de nos praticiens obstétriciens appelle des aménagements législatifs et réglementaires car elle constitue indéniablement un frein à l'attractivité du secteur privé. Sur la forme, la méthode utilisée préconisant l'arrêt définitif des accouchements ne nous paraît pas adaptée. Je rappelle que la FHP-MCO n'a, à aucun moment, été associée à cette initiative.

La position de notre syndicat FHP-MCO est de poursuivre l'activité, en demandant la réquisition des praticiens gynécologues-obstétriciens. Nous vous demandons de bien vouloir nous informer de la situation de votre établissement et de toute difficulté relative à ce mouvement.

Nous comprenons les difficultés des établissements ayant une maternité qui doivent faire face au mot d'ordre de grève du Dr Jean Marty. Nous savons, ce jour, que l'établissement du Dr Jean Marty ne fait l'objet d'aucune réquisition car l'accueil des parturientes est assuré normalement, que ce soit en activité hospitalière ou en consultation.

Comptant sur vous pour nous communiquer les difficultés que vous rencontrez [fhp-mco@fhp.fr].

18 NOVEMBRE 2009

CHIRURGIE AMBULATOIRE PROCÉDURE DE MISE SOUS ENTENTE PRÉALABLE

Plusieurs d'entre vous nous ont interrogés sur les modalités de mise en œuvre de la procédure de mise sous entente préalable dont vous faites l'objet. Compte tenu de la récurrence de ces questions, nous tenons à vous apporter quelques précisions.

Fondement de la procédure de mise sous entente préalable

La LFSS pour 2008. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, modifiée sur ce point par celle de 2009, a institué la procédure de mise sous entente préalable dans le but de favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire. Le contrôle de l'assurance maladie porte en ce domaine sur la pertinence des modes de prises en charge. La mise sous accord préalable consiste donc à subordonner à l'avis du service médical l'accueil d'un patient en hospitalisation complète (avec au moins 1 nuitée), pour un acte couramment pratiqué en chirurgie ambulatoire (sans nuitée).

Dispositions de l'article L.162-1-17 du Code de la sécurité sociale

« Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code. Dans ce cas, les prestations d'hospitalisation non prises en charge par l'assu-

DÉPÊCHES

rance maladie ne peuvent être facturées aux patients. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable. La procédure contradictoire est mise en oeuvre dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique. Toutefois, en cas d'urgence attestée par l'établissement, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisée ».

Une procédure de mise sous entente préalable peut-elle être renouvelée après 6 mois ? Notre avocat estime sur ce point que « rien n'interdit théoriquement d'engager successivement plusieurs procédures d'entente préalable pour un même établissement, pour des prestations différentes ».

Comment définir les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du CSS ? La difficulté principale de ces dispositions réside dans l'absence de définition des « prestations mentionnées au 1° de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale. » Cet article renvoie au décret précisant les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations (articles R.162-32- à R.162-32-1 du CSS). Il couvre donc potentiellement la totalité des prestations d'hospitalisation délivrées par les établissements de santé, avec ou sans hébergement alors même que la procédure de mise sous entente préalable ne peut concerner l'ensemble de ces prestations.

Sur quels critères les ARH prennent une décision d'entente préalable ?

- la proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ;
- la proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ;
- le nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique [c'est-à-dire le PMSI] ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie, pour une activité comparable ;
- la loi est muette sur les critères permettant d'apprécier les éléments qui justifient la mise sous entente préalable.

Il semble que les objectifs retenus dans la circulaire DHOS/01/F2/F3/F1 n°2008-147 du 29 avril 2008 qui fixe les objectifs de développement de la chirurgie en hospitalisation de courte durée pour 15 gestes marqueurs au niveau régional, servent de référence dans le cadre de la procédure d'entente préalable.

Si vous entendez contester l'application de la procédure de mise sous entente préalable à votre établissement, nos premières recommandations sont :

- de garder à l'esprit que ce texte doit être lu strictement dès lors qu'il limite le droit aux prestations pour les assurés sociaux ;
- de s'appuyer sur l'imprécision du texte entraînant son inapplicabilité et notamment de demander à l'ARH de justifier précisément le ou les critères ayant permis d'engager la procédure de mise sous entente préalable lors de la phase contradic-

DÉPÊCHES

toire (envoi avec mise en demeure motivée par le DARH) et devant la COMEX. Si votre établissement se voyait néanmoins placé sous entente préalable vous pourriez contester la décision par un recours hiérarchique ou éventuellement en saisissant le juge administratif.

Je rappelle que moins d'1 % des prises en charge de séjours sont contestées par les services médicaux de l'assurance maladie.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

24 NOVEMBRE 2009

DÉMARCHE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE DANS UNE CLINIQUE MCO

La FHP-MCO et le c2ds, dans le cadre d'un partenariat, organise le 8 décembre prochain – 10h-16h – à Paris, une journée de sensibilisation au développement durable, et plus spécifiquement au bloc opératoire. Au programme : projection du film documentaire « Vers un monde de la santé », retours d'expériences d'établissements engagés, réalisé par le c2ds. Présentation de l'« IDD santé », outil d'autodiagnostic en développement durable. Présentation d'une démarche de développement durable au bloc opératoire.

► Information et inscription : courtigne.angelique@gmail.com, tél : 02 47 30 60 34.

25 NOVEMBRE 2009

PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DE LA CLASSIFICATION V11 2010

L'année 2009 a connu la mise en œuvre de la classification GHM dite V11a au 1^{er} mars. Celle-ci est appelée à évoluer. La classification v11.b des GHM qui entrera en vigueur au 1^{er} mars 2010 comportera les quatre modifications suivantes :

1. La création de nouveaux GHM

Création de GHM d'ambulatoire (1 seul), et de très courte durée (65) afin d'améliorer le pouvoir explicatif de la classification. Ces GHM sont créés après le regroupement des séjours de 0, 1 ou 2 jours initialement classés dans des GHM de niveau 1. Création de GHM décès (4). Aucune information n'est encore disponible concernant l'impact éventuel sur les tarifs.

2. La création d'un GHM associant la cataracte et le glaucome

Aucune information n'est encore disponible concernant l'impact éventuel sur les tarifs.

3. Les modifications des bornes basses

Modification des bornes basses afin de ramener le nombre de séjours avec bornes basses à 1,4 % (contre 3,9 % en actuellement). Aucune information n'est encore disponible concernant l'impact éventuel sur les tarifs.

DÉPÊCHES

4. La modification de l'effet âge comme équivalent CMA

Parmi les 696 racines de GHM de la v11, seules 611 ont des niveaux 1 à 4 et sont éligibles à l'effet âge. Avec cette version, 211 racines bénéficient d'une mise à jour pour la version v11b 2010 de la classification, soit 1/3 (34,5 %), essentiellement pour les personnes âgées (supérieur à 69 ans et supérieur à 79 ans).

Plus de la moitié des racines n'ont pas d'effet âge équivalent CMA avec cette version v11b (345/611).

La borne >69 ans a un impact pour 133 racines, soit : pour 37 racines, un effet sur le niveau 1 uniquement (reclassement en niveau 2); pour 96 racines, un effet sur les niveaux 1 et 2 (reclassés en 2 et 3) :

- 9 racines perdent un effet âge alors qu'elles l'avaient pour cette borne précédemment ;
- 54 racines ont maintenant un effet pour cette borne alors qu'elles n'avaient pas d'effet âge précédemment ;
- 9 racines qui avaient un effet pour la borne >69, le perdent au profit d'un effet de la borne >79 ans.

La borne >79 ans a un effet pour 133 autres racines, soit : pour 42 racines sur le niveau 1 uniquement ; pour 26 racines sur les niveaux 1 ou 2 ; pour 65 racines un effet sur les niveaux 1, 2 et 3.

- ▶ Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

26 NOVEMBRE 2009

DISPOSITIFS MÉDICAUX CONCERNANT LES ATNC

Nouvelle circulaire relative à l'actualisation des précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmissions d'agents transmissibles non conventionnels (ATNC)

Le 16 novembre dernier, le BAQIMEHP représentait la FHP-MCO lors d'une réunion organisée par la DHOS pour présenter les travaux, conduits par un groupe d'experts, qui ont abouti à la rédaction d'une nouvelle circulaire et d'un protocole standard pour le traitement des dispositifs médicaux concernant les ATNC (responsables des encéphalopathies spongiformes dont la maladie de Creutzfeldt Jacob).

La nouvelle circulaire telle que présentée a déjà été validée par le Haut Conseil de Santé Publique et sera publiée en début 2010 (fin du 1^{er} trimestre au plus tard).

La circulaire 2001/138 va être abrogée. Elle est encore actuellement applicable à tous les établissements. Globalement, les modifications tendent à clarifier les exigences mais ne les allègent pas autant que ce qui était attendu par les professionnels.

Le questionnaire permettant d'identifier les facteurs de risque chez le patient est maintenu. C'est la catégorisation des patients qui sera simplifiée. La réunion a été l'occasion de nous rappeler assez fermement la responsabilité médicale dans la détection du risque.

La mise en quarantaine des dispositifs potentiellement contaminés est également maintenue jusqu'à confirmation ou infirmation de la présence du prion (qui ne sera possible qu'après le décès de celui-ci, lors de l'autopsie du patient). Il a été rappelé l'obligation de prise en charge des patients suspects. Comme la précédente, cette circulaire sera présentée sous la forme de fiches techniques.

L'AFSSAPS a participé aux travaux et va, simultanément à la parution de la circulaire, mettre à disposition sur son site le mode opératoire du PSP en vigueur (Protocole Standard Prion). L'AFSSAPS s'engage également à mettre à disposition les informations et les recommandations sur les produits validés, ou qui le seront

DÉPÊCHES

à l'avenir (c'est-à-dire déclarés conformes aux critères du PSP par les fabricants, l'AFSSAPS ayant un rôle de surveillance). Le PSP sera donc évolutif. Nous sommes, bien entendu, à votre disposition pour tout complément d'information.

- Pour les difficultés techniques, Michèle BELLIOT (michele.belliot@baqimehp.com) est à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

1^{ER} DÉCEMBRE 2009

NOUVEAUTÉS SUR LE RECUEIL ET LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION MÉDICALISÉE

Dans la perspective de la campagne tarifaire 2010, l'ATI1H a publié sur son site une notice technique décrivant les nouveautés du recueil et du traitement de l'information médicalisée, dans l'ensemble des champs d'activité des établissements de santé (MCO, HAD, SSR, et psychiatrie).

Ces nouveautés seront applicables au 1^{er} mars 2010 et apporteront des modifications portant sur :

- le guide méthodologique de production des RSS ;
- le manuel des Groupes Homogènes de Malades.

Modifications apportées au guide méthodologique de production des RSS

Naissance : l'enregistrement de la date de réalisation de l'acte d'accouchement devient obligatoire. Rappel du codage de l'âge gestationnel : exprimé en nombre de semaines révolues d'aménorrhée, il doit être saisi dans le RUM de la mère dans lequel est enregistré l'acte d'accouchement, et dans le RUM de l'enfant produit par la première unité d'hospitalisation du nouveau-né (ou si c'est le cas dans le RUM des enfants mort-nés).

Enfants nés sans vie : conformément à la circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/ du 19 juin 2009, un RSS sera renseigné lorsqu'un certificat d'accouchement sera établi. Ce RSS comprend les informations relatives à l'âge gestationnel, au poids et à la cause du décès lorsque celle-ci est connue. Ce RSS est élaboré à partir du RUM des « enfants mort-nés » introduit en 2009.

Radiothérapie : recueil d'information 2010 : Production de résumé standardisé de séjours et de résumé standardisé de préparation par les centres de radiothérapie privés, en utilisant la nouvelle version du chapitre 17 de la CCAM. Une nouvelle variable « nombre de faisceau » devra être codée dans le RSS.

Confirmation de codage : introduction d'un nouveau test dans la fonction groupage pour la confirmation de codage des séjours très courts concernant les GHM lourds et très valorisés de durée moyenne de séjour élevée. Les séjours où la variable est renseignée alors que la confirmation n'est pas demandée, seront rejetés et considérés comme des erreurs, création d'un GHM RCMI, modification de l'algorithme de production des deux GHM de séance.

Précisions d'utilisation des codes de diagnostics Cim10 relatifs à l'insuffisance rénale fonctionnelle, l'hypotension, l'anémie post hémorragique aiguë, la malnutrition, l'insuffisance respiratoire, la cystite aiguë, la dépendance envers des machines et appareils auxiliaires.

DÉPÊCHES

La version 11b des GHM : (cf. dépêche FHP MCO du 25/11/2009)

Création de trois nouvelles racines : traitement combiné de la cataracte et du glaucome ; séance de radiothérapie conformationnelle ; morts nés.

Création de 64 GHM de très courte durée (1 en chirurgie ambulatoire les autres en médecine très courte durée).

3 GHM en T voient leur libellé modifié pour préciser que les transferts représentent une part importante des séjours de très courte durée.

Mise à jour de l'effet âge comme équivalent CMA.

CMD 14 et 15 : Des nouveaux tests de cohérence entre le poids de naissance et l'âge gestationnel et au bon usage des codes cim-10 sont introduits.

Vous pouvez d'ores et déjà télécharger l'annexe 3 du manuel des GHM (v11b) présentant les caractéristiques des racines de GHM, qui indique pour chaque racine de GHM : si l'effet âge intervient comme équivalent CMA ; si la racine présente un GHM ambulatoire (J) ou de très courte durée (T1, T2, T3) ; le niveau de segmentation de la racine ; si la racine fait l'objet d'une confirmation de codage « pour une durée inférieure à... » ; si la racine exclut le caractère de CMA des codes contenus dans la liste dont le numéro est indiqué.

Nouveautés Cim-10 : les nouveautés de la cim-10 décidées par l'OMS ont été intégrées dans la classification v11.b.

► Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

4 DÉCEMBRE 2009

REFUS D'AUTORISATION EN CANCÉROLOGIE VOIES DE RECOURS ET SANCTIONS ENCOURUES EN CAS DE NON RESPECT

En complément de la dépêche qui vous a été transmise le 13 octobre dernier, voici la dernière version de la consultation de notre avocat sur ce sujet.

Cette consultation récapitule :

- les voies de recours possibles pour les établissements confrontés à un refus d'autorisation ;
- les sanctions encourues en cas de poursuite de l'activité en dépit du refus.

Concernant les voies de recours, nous attirons votre attention sur l'absence de conservation des délais de recours contentieux (de deux mois) lorsqu'un recours gracieux est engagé en cas de refus d'autorisation, ce qui limite l'intérêt de cette procédure. Le Conseil d'État considère en effet dans un arrêt du 3 mars 2008 que l'existence d'une procédure particulière de recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé, définie à l'article L. 6122-10-1 du Code de la santé publique, contre les schémas régionaux d'organisation sanitaire et les décisions d'autorisation, alors même que ce recours hiérarchique n'a pas de caractère obligatoire, ne fait pas obstacle à la possibilité d'introduire un recours gracieux auprès du directeur de l'ARH, sans toutefois que ce recours gracieux puisse avoir pour effet de conserver le délai de recours contentieux contre le schéma.

Concernant les sanctions, l'apport de cette consultation est notamment de nous alerter sur les sanctions pénales encourues par les établissements et les praticiens qui continueraient à pratiquer des actes pour lesquels l'établissement ne serait pas autorisé.

Concernant les établissements. En bref, en vertu des dispositions de l'article L6125-1 du Code de la Santé Publique :

DÉPÊCHES

- les établissements de santé encourent une amende de 150 000 €, en cas de non respect des dispositions des articles L.6122-1 et L.6122-7 du Code de la santé publique, c'est à dire de l'obligation d'obtenir une autorisation de l'ARH pour la mise en œuvre d'une activité de soins, et de respecter les obligations éventuellement y afférentes ;
- la même peine est encourue si l'établissement passe outre la suspension ou le retrait d'autorisation ;
- de surcroît, en cas de récidive, l'établissement peut se voir confisquer les équipements installés sans autorisation.

Concernant les médecins et/ou les dirigeants d'établissements. Par ailleurs, les dispositions de l'article L377-3 du Code de la sécurité sociale seraient selon notre conseil, peut-être susceptibles de s'appliquer. Cet article prévoit qu'encourt une amende de 3 750 € et/ou un emprisonnement de six mois quiconque aurait « *soit par menaces ou abus d'autorité, soit par offre, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques faits à des assurés ou à des caisses de sécurité sociale ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les assurés notamment dans une clinique ou cabinet médical, dentaire ou officine de pharmacie* ».

Concernant exclusivement les médecins. Enfin, les médecins encourent des sanctions disciplinaires par la section des assurances sociales du conseil de l'Ordre des médecins sur le fondement du Code de déontologie médicale et notamment de l'article 29 du Code de déontologie qui interdit la fraude, les abus de cotation, et les indications inexactes des honoraires perçus et des actes effectués (article R.4127-29 du code de la santé publique).

- Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

7 DÉCEMBRE 2009

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE NOUVELLE CIRCULAIRE

Le 2 novembre dernier, nous vous informions par dépêche d'une circulaire ministérielle n°DHOS/04/2009/258 du 12 août 2009 portant sur la mise en oeuvre du nouveau régime d'autorisation en cardiologie interventionnelle. L'étude d'impact a été transmise aux délégations régionales.

À notre grande surprise, cette circulaire avait été retirée des sites officiels gouvernementaux. Elle vient de faire l'objet d'une nouvelle publication, sans autre forme, puisqu'elle est toujours datée du 12 août 2009. Mais le contenu a été modifié dans les conditions suivantes :

- Activité 1 :** 5 actes relatifs aux stimulateurs cardiaques ont été retirés de la liste :
- DELF001 : Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde dans le sinus coronaire et d'une sonde intraatriale ou intraventriculaire droite par voie veineuse transcutanée ;
 - DELF005 : Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale et d'une sonde intraventriculaire droite par voie veineuse transcutanée ;

DÉPÊCHES

- DELFoo7 : Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intraatriale ou intracentriculaire droite par voie veineuse transcutanée ;
- DELFo10 : Implantation d'un stimulateur cardiaque définitif, avec pose d'une sonde intra-atriale et intraventriculaire droite unique par voie veineuse transcutanée ;
- DERP005 : Stimulation cardiaque temporaire, par voie veineuse transcutanée.

Activité 2 : 3 actes de la liste des activités 2, entrent désormais dans le calcul des seuils et 1 acte a été ajouté à la liste et entre également dans le calcul du seuil.

- DBAFoo3 : Dilatation intraluminale de l'orificeatrioventriculaire droit, par voie veineuse transcutanée ;
- DBAFoo4 : Dilatation intraluminale de l'orifice atrioventriculaire gauche avec perforation du septembrem interatrial, par voie veineuse transcutanée ;
- DGAFoo4 : Dilatation intraluminale d'une coarctation de l'aorte thoracique avec pose d'endoprothèse, par voie artérielle transcutanée ;
- DGAFoo3 (acte ajouté sur la liste) : Dilatation intraluminale d'une coarctation de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée.

Activité 3 : Pas de changement.

Nous avons lancé les études d'impacts. Cette nouvelle version est à priori plus favorable en ce qui concerne le calcul des seuils d'activité à atteindre. Nous communiquerons aux délégations régionales le résultat de ces études au plus tard mercredi 9 décembre 2009.

- Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) et Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

14 DÉCEMBRE 2009

ATIH - AUTORISATION DE COMMUNICATION DES DONNÉES AUX FÉDÉRATIONS D'HOSPITALISATION

Vous avez été nombreux à nous faire part de votre inquiétude face à la réception d'un mail de l'ATIH relatif à la « *Communication des données aux fédérations d'hospitalisation* ».

Dans l'attente de précisions demandées à l'ATIH, nous vous recommandons de donner votre accord pour que vos données soient transmises à la Fédération, comme c'est le cas actuellement sans cette autorisation.

Vous donnez votre autorisation sur la plate-forme e-PMSI en suivant les indications demandées par l' ATIH :

À partir du menu [Administration], à gauche de l'écran, cliquez sur le sous-menu « Autorisation Fédération ». Vous pouvez modifier la valeur « NON » indiquée par défaut en cliquant sur le lien [Modifier], pour les années 2007, 2008 et 2009.

La valeur « OUI » signifie que vous donnez votre accord pour que vos données soient transmises aux fédérations sus-citées.

Cet accord porte sur les données brutes mais également sur les résultats issus des travaux de simulations réalisés dans le cadre des campagnes tarifaires.

Cette nouvelle disposition mise en place de manière unilatérale par l'ATIH, sans information des fédérations, est, à notre sens, sans objet et abusive au regard des droits d'accès des fédérations à ces données anonymes de type RSA.

L'accès à ces données est essentiel pour les travaux de notre syndicat FHP-MCO.

15 DÉCEMBRE 2009

RÉSULTATS DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS

La ministre vient de communiquer sur les résultats des indicateurs généralisés et sur sa volonté de développer cette démarche. Elle s'est réjoui des résultats obtenus pour les indicateurs concernant la lutte contre le risque infectieux et, en effet, les progressions d'une année sur l'autre démontrent l'importance des efforts mis en place par les établissements pour atteindre les exigences qui nous sont imposées. Ainsi, pour ce qui concerne les Cliniques MCO, nous nous situons derrière les CHR mais bien devant les Centres Hospitaliers.

En revanche, pour ce qui concerne les indicateurs dits IPAQSS, généralisés sous la responsabilité de la HAS, comme nous l'avions déjà annoncé dans des dépêches précédentes, les résultats sont loin d'être satisfaisants alors qu'ils portent sur des thèmes sur lesquels les établissements travaillent depuis de nombreuses années.

Il en est ainsi de la tenue du Dossier du Patient, sujet d'évaluation récurrent dans les procédures de certification depuis bientôt 10 ans. La moyenne nationale ne se situe qu'à 62 % de conformité et notre secteur compte 54 % d'établissements dont le score est égal ou supérieur à cette moyenne. La ministre a annoncé que cet indicateur, comme celui sur la qualité du courrier de sortie, celui sur le dépistage des troubles nutritionnels et celui sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur, devrait atteindre un taux de conformité, dans les 3 ans à venir, de 80 %.

Des raisons peuvent justifier ces résultats, le BAQIMEHP en énumère un certain nombre dans sa fiche technique N°31 mais ceci nous montre l'importance qui s'attache à ce que nos médecins puissent travailler avec nous sur des sujets qui concernent directement leurs pratiques.

Nous pouvons, par contre, nous réjouir du score que nous obtenons sur l'évaluation de la douleur puisque, grâce à nos personnels infirmiers, nous sommes 60 % à être classés dans les « + » et nous atteignons le meilleur score juste après les Centres de lutte contre le cancer.

L'année prochaine, ces indicateurs seront, comme ceux issus du tableau de bord des infections nosocomiales, publiés par établissement et donc très certainement utilisés dans le cadre de classements. Deux autres devraient s'ajouter : le taux de conformité des demandes d'examens radiologiques à visée diagnostique et, le taux de participation aux RCP.

Mais d'ores et déjà, pour les pionniers qui vont passer la certification V2010 au premier trimestre 2010, les indicateurs vont être utilisés comme cela a été annoncé par la HAS dans les différents documents concernant cette troisième procédure. Il est donc très important que les établissements puissent démontrer aux experts-visiteurs, grâce au second recueil actuellement en cours, que des progrès ont été accomplis entre le second semestre 2007 et le premier semestre 2009.

Nous sommes bien entendu à votre disposition et nous vous demandons de nous faire remonter toutes les difficultés que vous rencontrerez.

- Pour ce qui concerne les difficultés techniques, le BAQIMEHP (Laëtitia BUSCOZ, laetitia.buscoz@baqimehp.com ou Claude GUELDRY, claud.gueldry@baqimehp.com) est à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

16 DÉCEMBRE 2009

CAMPAGNE TARIFAIRE 2010 : CLASSIFICATION DES GROUPES HOMOGÈNES DE MALADES (GHM) ET GUIDE MÉTHODOLOGIQUE PMSI MCO 2010

Dans le cadre de l'évolution de la Classification des GHM, ainsi que des modifications apportées dans la production des informations médicales en 2010, le manuel des groupes homogènes de malades version 11b de la classification, ainsi que Le nouveau Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, applicable au 1^{er} mars 2010, sont désormais disponibles sur le site de l'ATIH. Concernant le guide méthodologique, les modifications intervenues par rapport à la version 2009 sont surlignées en jaunes.

- Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

17 DÉCEMBRE 2009

GRÈVE DES GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS

Vous avez été nombreux à nous interpellier sur les grèves des gynécologues-obstétriciens au sein de nos établissements de santé. Celle-ci est toujours effective dans certaines maternités qui font l'objet de réquisition de leur praticien. La rentrée 2010 s'annonce des plus difficile car nous assistons à un blocage idéologique du ministère sur cette thématique assurantielle. Nous vous proposons ci-joint un rappel du cadre légal et réglementaire ainsi que nos recommandations FHP-MCO. Elles s'appuient sur la nécessité de trouver un juste équilibre entre le respect du droit de grève et la garantie légale de sécurité sanitaire des personnes, tant en terme d'urgence que de continuité des soins.

- Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

18 DÉCEMBRE 2009

ATIH ET AUTORISATION DE COMMUNICATION DES DONNÉES PMSI AUX FÉDÉRATIONS (SUITE DU COURRIEL DU 14 DÉCEMBRE 2009)

Nous vous avons alerté ce lundi et ce mardi sur les autorisations de communication des données PMSI aux fédérations mises en œuvre par l'ATIH de manière unilatérale sans information préalable de notre syndicat FHP-MCO.

Sur notre sollicitation insistante, une réponse de l'ATIH nous est parvenue concernant le champ couvert par cette autorisation de communication de données aux fédérations.

Ainsi, cette autorisation ne concerne que les données de « facturation » : les RSFA, données pour lesquelles les fédérations ne sont à ce jour pas destinataires.

Il est essentiel pour le syndicat FHP-MCO de disposer de telles données de type RSFA afin de pouvoir constituer un véritable contre pouvoir de validation des chiffres de dépenses de l'hospitalisation privée qui nous sont opposés chaque année. Sans ces chiffres, les discussions sont déséquilibrées et nos argumentaires incomplets. Le syndicat FHP-MCO sera donc naturellement destinataire des données RSA

DÉPÊCHES

comme actuellement, et aussi destinataire des données RSFA, si et seulement si, vous donnez votre autorisation.

Sur le plan technique, il a été rappelé que cette autorisation ne peut être donnée que par le responsable légal établissement. Ainsi, pour que le sous-menu « Autorisation fédération » apparaisse sur votre écran, Il est indispensable de vous connecter sur la plate-forme e-PMSI à partir des codes RLE (Responsable légal établissement) et non administrateurs.

► Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

18 DÉCEMBRE 2009

LETTRE OUVERTE À MADAME LA MINISTRE ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

Sauvez le libre choix des Françaises !

Avec plus de 230 000 accouchements dans nos maternités privées par an, nous constituons une force vive qui a toujours assuré son rôle de santé publique et de permanence des soins, et sur laquelle il convient de s'appuyer fortement. Nous assurons ainsi près d'un accouchement sur trois. Aujourd'hui, la pérennité de cette activité au sein des établissements de santé privés est très sérieusement remise en cause pour des motifs de responsabilité civile de 1 200 praticiens obstétriciens qui y exercent chaque jour, 24h/24 et 365 jours par an.

La problématique assurantielle de nos praticiens obstétriciens appelle très rapidement des aménagements législatifs et réglementaires car elle constitue indéniablement un risque majeur d'arrêt de l'activité d'obstétrique du secteur privé. De ce fait, elle remet en cause le maintien du libre choix du patient. Qui plus est, la disparition des maternités privées conduirait à générer près de 100 millions d'€ de dépenses supplémentaires pour l'Assurance Maladie. Un accouchement au sein d'une maternité privée, honoraires des médecins inclus, est payé par la sécurité sociale près de 400 € de moins qu'un accouchement réalisé au sein des établissements de santé publics. Le récent amendement gouvernemental pris dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale ne résout pas le problème soulevé par le paiement des dommages et intérêts dépassant les plafonds d'assurance des médecins. Il ajoute en outre une nouvelle règle relative à la solvabilité du praticien qui maintient, voire amplifie, l'insécurité juridique et financière des obstétriciens libéraux.

Au-delà, cette problématique concerne l'ensemble de nos praticiens de plateaux techniques anesthésistes et chirurgiens.

Nous vous demandons, madame la ministre de la Santé, de bien vouloir prendre en considération le cri d'alarme de nos obstétriciens et de nos établissements, sans quoi, la pluralité de notre système de santé sera remise en cause à court terme avec ce double effet, économique et qualitatif. Il y a urgence à agir. Aujourd'hui 28 départements de notre territoire national n'ont déjà plus de maternité privée. Voulez-vous atteindre les 97 départements ? Nous comptons sur votre sensibilité et votre souci de maintenir le système de santé solidaire et de qualité que tous nos voisins nous envient. Nous restons, avec nos obstétriciens, à votre disposition pour agir ensemble dans l'intérêt de tous.

18 DÉCEMBRE 2009

ÉVOLUTION DU DISPOSITIF DE FACTURATION DE LA SURVEILLANCE CONTINUE POUR 2010

Je tiens à porter à votre connaissance l'état d'avancement des travaux relatifs aux critères de facturation en unité de surveillance continue envisagée pour le 1^{er} mars 2010.

Des corrections à l'actuel dispositif de facturation des suppléments SRC vont être apportées en 2010, suite aux réflexions conduites par la DHOS, notamment sur proposition des fédérations hospitalières.

Trois pistes de travail sont privilégiées :

Réintégration d'un certain nombre d'actes dans la liste 2, autorisant la facturation d'un supplément de surveillance continue, comme la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque/cardiovascular interventionnelle et les brûlures.

Ajout de diagnostics spécifiques de la pédiatrie.

Ajustement ponctuel de la liste 1 des diagnostics principaux et actes associés.

Notez que, dès le 19 mai 2009, nous avons communiqué nos propositions aux services de la DHOS.

Vous trouverez en PJ la liste des actes et diagnostics ajoutés, proposée par les services de la DHOS. Ces listes sont provisoires et donc indicatives, mais constituent une première indication sur les modifications à venir.

Cependant, la question du montant du SRC pour 2010 n'est pas encore arrêtée. La DHOS travaille actuellement à la réduction de listes pour permettre de définir un montant du tarif SRC 2010 au moins équivalent au tarif actuel.

D'autre part, à plus long terme (effets 2011) deux chantiers sont prévus :

- l'instauration de critères de sélection des séjours éligibles aux suppléments de soins intensifs ;

- la recherche d'un indicateur d'activité composite pour la surveillance continue.

Aussi, afin d'approfondir notre réflexion et pour être force de propositions auprès des tutelles sur ce dossier, les membres de l'Association des réanimateurs du secteur privé, ainsi que les membres du Syndicat des anesthésistes réanimateurs de France ont été invités à la prochaine commission FHP-MCO « Réanimation surveillance continue, soins intensifs », qui se réunira le 18 janvier prochain, dont l'ordre du jour est entièrement consacré à l'évolution du dispositif de facturation de la Surveillance Continue à horizon 2011.

- ▶ Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) et Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

18 DÉCEMBRE 2009

PROCÈS-VERBAL DE NOTRE 2^E ASSEMBLÉE GÉNÉRALE FHP-MCO

Veillez trouver ci-joint le procès-verbal de notre 2^e assemblée générale FHP-MCO qui s'est tenue lors des Rencontres annuelles de la FHP le 20 novembre dernier.

Je vous renouvelle mes plus sincères remerciements pour votre participation et votre confiance par vos votes unanimes, tant pour le rapport moral que pour le rapport financier. Comme annoncé, l'année 2010 sera une année de poursuite de nos efforts en matière de communication et de service aux adhérents

Je vous souhaite de bonnes fêtes de fin d'année.

24 DÉCEMBRE 2009

MATERNITÉS – ENQUÊTE EPIPHANE INVS

Certains d'entre vous ont été tirés au sort pour participer à une enquête épidémiologique pilotée par l'INVS sur l'alimentation et l'état nutritionnel des enfants. Cette enquête représente un intérêt indéniable et nous estimons que la participation de maternités privées à cette d'enquête contribue à rappeler aux pouvoirs publics que l'ensemble des professionnels de nos établissements participent jour après jour à la mise en oeuvre des politiques de santé publique et à leur évaluation, et cela, de manière responsable et professionnelle.

Néanmoins, il nous est apparu nécessaire de réclamer aux pouvoirs publics les financements correspondant (MIG) aux contraintes subies par les établissements tirés au sort, faute de quoi, ceux-ci ne participeraient pas à cette enquête.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

4 JANVIER 2010

CAMPAGNE TARIFAIRE 2010 INTÉGRATION DES DMI DANS LES TARIFS GHS

Je tiens à porter à votre connaissance que le ministère a tenu une réunion d'information concernant les projets d'intégration des DMI dans la tarification des GHS. Seules les valves cardiaques chirurgicales feraient l'objet d'une intégration. Le montant financier en jeu s'élève à environ 51M€. L'activité est d'environ 16 200 séjours annuels produits par les 68 établissements autorisés, (2/3 en public ex-dgf et 1/3 en privé ex-oqn). Deux racines de GHM dédiés en V11 sont concernées. La Mission T2A propose l'intégration de ces dispositifs dans les GHM GHS « naturel » et la création de GHS majorés pour les « multi valve ». Je ne manquerai de revenir vers vous dès que nous serons en possession de la liste de référence LPP concernée. Je vous remercie de nous faire part de vos éventuelles remarques.

► Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

12 JANVIER 2010

INDICATEURS : PUBLICATION, MISE À DISPOSITION DU PUBLIC ET SANCTIONS

Dans la continuité de notre dépêche du 15 décembre dernier sur les résultats des indicateurs TBIN et IPAQSS, nous vous informons de la parution, le 31 décembre 2009, de deux textes pris en application de la loi HPST sur la mise à disposition du public des indicateurs qualité et sécurité des soins, à savoir :

- le décret relatif aux dispositions applicables en cas de non respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats de ces indicateurs ;
- l'arrêté qui fixe les conditions de cette mise à disposition.

DÉPÊCHES

Quels sont les indicateurs concernés par la mise à disposition ?

Ils sont au nombre de 10 et ce sont ceux issus du TBIN et d'IPAQSS. L'arrêté en fixe la liste à savoir :

- TBIN : ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB, SCORE Agrégé ;
- IPAQSS : tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, traçabilité de l'évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, tenue du dossier anesthésique.

À noter que l'indicateur sur la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë n'est pas retenu dans la liste.

Quelles sont les conditions de mise à disposition ?

Aucune condition n'est précisée dans l'arrêté, laissant, ainsi, le libre choix aux établissements de leurs modalités de mise à disposition, sauf à ce que cette mise à disposition soit complète, comme le précise le décret. Ainsi, il n'est pas possible de s'en tenir qu'à nos meilleurs résultats.

Il est donc important, non seulement que ces indicateurs puissent être lisibles et compris par le public mais aussi que des explications puissent être données sur le sens de la valeur de l'indicateur afin que celui-ci soit mis en perspective et non pas pris comme le seul moyen de juger de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Aussi, le BAQIMEHP avec l'équipe de la FHP-MCO et de la FHP vous proposera des supports qu'il vous sera, bien entendu, loisible d'utiliser ou non.

Quelle est la sanction ?

Plusieurs étapes sont prévues :

- d'abord une mise en demeure adressée à l'établissement par le directeur général de l'ARS ;
- l'établissement, avant le délai prescrit, doit adresser au directeur général de l'ARS, ses observations et les mesures qu'il compte prendre pour pallier les manquements constatés ;
- en cas d'insuffisance ou de non respect des engagements pris, le directeur général de l'ARS peut décider d'une diminution des tarifs dans la limite de 0,1 %.

Nous sommes, bien entendu à votre disposition et nous vous demandons de nous faire remonter toutes les difficultés que vous rencontrerez.

- ▶ Pour ce qui concerne les difficultés techniques, le BAQIMEHP (Laétitia BUCOZ ou Claude GUELDRY) est à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

20 JANVIER 2010

LA CHECK-LIST EN ACTION

Dans notre dépêche du 30 juin 2009, nous vous avons informés des objectifs de la Check-list au bloc opératoire, de son contenu et de la date d'application obligatoire fixée au 1^{er} janvier 2010. Pour permettre une bonne utilisation de ce document, la HAS met à disposition des professionnels un film téléchargeable, tourné en « live » (<http://www.has-sante.fr>). En effet, rappelons que la check-list n'est pas un énième document administratif à remplir mais un contrôle ultime qui doit permettre, grâce à l'échange d'informations croisées au sein de l'équipe, de garantir la sécurité du patient au bloc opératoire. Ce film peut être un bon outil de formation pour atteindre cet objectif. Rappelons que la bonne utilisation de la Check-list sera évaluée lors des visites de certification.

- ▶ Nous sommes, bien entendu à votre disposition et nous vous demandons de nous faire remonter toutes les difficultés que vous rencontrerez. Pour ce qui concerne les difficultés techniques, le BAQIMEHP (www.baqimehp.com) est à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

27 JANVIER 2010

POINT SUR LA RADIATION DE EPO DES LISTES FACTURABLES EN SUS

Les services de l'État nous ont communiqué le vendredi 15 janvier 2010 un projet d'Arrêté relatif à la radiation des produits EPO des listes de médicaments facturables en sus. Aucune information ne nous a été transmise sur les conditions de réintégration dans les forfaits.

Nous avons immédiatement déclenché un plan de crise en organisant un conseil d'administration exceptionnel de la FHP-Dialyse le lundi 18 janvier 2010.

Il a été décidé d'acter notre forte opposition à ce projet pour lequel aucune information préalable ne nous a été transmise, tant dans le cadre de la campagne tarifaire que du comité IRC, qui ne s'est pas réuni depuis plus 18 mois.

Cette opposition a été actée par courrier par la FHP-Dialyse et la FHP-MCO en partenariat avec les usagers, la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (FNAIR), les praticiens libéraux, le Syndicat des néphrologues libéraux (SNL), l'Union nationale hospitalière privée de cancérologie (UNHPC) et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP).

Madame la ministre Bachelot a été interpellée sur ce sujet le mercredi 20 Janvier 2010 lors de la célébration des vœux de la FHP.

Une conférence de presse a été organisée le jeudi 21 janvier à 11h00 en y associant tous les signataires mais aussi La ligue rein et santé, le Syndicat national des néphrologues associatifs.

Une lettre ouverte en pleine page est publiée ce matin dans le *Quotidien du Médecin*. Le cabinet ministériel de la Santé, le cabinet du premier ministre ainsi que la Présidence de la République ont été saisis. Ce point sera évoqué lors du prochain rendez-vous du 4 février 2010 avec Raymond Soubie, conseiller du président de la République.

Nous attendons une date de réunion qui doit être organisée par les services de la DHOS. Nous reviendrons vers vous pour vous informer des suites de ce dossier.

► Dr Gilles SCHUTZ, président FHP-Dialyse

28 JANVIER 2010

ECOUTER SÉGOLÈNE BENHAMOU SUR LCI

Ségolène Benhamou, membre du bureau FHP-MCO, est l'invitée ce matin de l'émission « On en parle » de Valérie Expert, qui a pour thème : hôpital public ou clinique privée ? Philippe Burnel, délégué général de la FHP interviendra par téléphone au cours de l'émission.

1^{ER} FÉVRIER 2010**CCAM VERSION 19 - FACTURATION S 3404**

Je vous confirme la mise en place au 1^{er} février 2010 de la version 19 de la CCAM. Cette version met en oeuvre la suppression, par arrêt du Conseil d'État, des suppléments pour archivage numérique inscrits à la CCAM au Livre II (codes YYYY187 et YYYY201). Ainsi, tous les bordereaux S3404 qui comporteront dans la partie basse des honoraires ces 2 codes, dont la date de réalisation (des soins) est postérieure au 31 janvier 2010, seront rejetés par les CPAM à compter du 1^{er} février 2010. Les CPAM ont reçu de la CNAMTS l'instruction d'informer, par courrier, les professionnels de santé et les directeurs des établissements de santé ex-ODN de la mise en place de cette version de la CCAM.

5 FÉVRIER 2010

**JOURNÉE THÉMATIQUE
« MANAGER UNE CLINIQUE AU FÉMININ »**

Lundi 8 mars 2010, 10h-16h, Paris.

Dans le secteur de la santé comme ailleurs, les femmes ne sont que très peu à des postes de responsabilité. À la FHP-MCO, nous avons souhaité nous intéresser à l'approche d'une femme manager d'établissement hospitalier, de l'exercice de son métier. Afin de faire émerger et d'identifier quels sont les freins et les facilitations qu'elle rencontre à la tête d'une clinique MCO, psychiatrique, SSR, EPAHD, nous avons articulé nos débats autour de quatre thématiques : comment les femmes manager gèrent leurs ressources humaines féminines ? Quelles sont les relations des femmes manager avec la sphère financière ? Comment des messages sur la santé sont-ils véhiculés par une femme et reçus par l'opinion ? Quelles sont les motivations, les ambitions des femmes manager de clinique en terme d'engagement syndical et politique ? Nous vous invitons à venir témoigner, échanger et débattre à partir des interventions introductives de nos experts.

Infirmières, sages-femmes, agents de service hospitalier, mais aujourd'hui également gynécologues, pédiatres, les ressources humaines et les forces vives d'un établissement sont majoritairement féminins : comment les femmes manager gèrent leurs ressources humaines féminines ?

Les professionnels de santé témoignent de la formidable scène de la vie que représente un établissement hospitalier mais également expriment leurs revendications : comment ces messages sur la santé sont-ils véhiculés par une femme et reçus par l'opinion ? À l'heure où la situation financière est des plus précaires et reste un sujet polémique avec le secteur public et les médias, les femmes managers inventeront-elles une nouvelle manière d'évoquer cette question tabou ? Quelles sont les relations des femmes manager avec la sphère financière ?

Quel que soit le secteur économique et celui de l'hospitalisation privée en particulier, les lieux de pouvoir sont peu investis par les femmes. Quelles sont les motivations, les ambitions des femmes manager d'établissement hospitalier en terme d'engagement syndical et politique ?

Nous vous invitons à noter d'ores-et-déjà cette date sur votre agenda. Cette invitation s'adresse à l'ensemble des directions des établissements privés MCO, psychiatrique, SSR, maison de retraite et à l'ensemble de leurs parties prenantes – praticiens, prestataires, fournisseurs, décideurs politiques et syndicaux, médias, patients...

- ▶ En savoir plus : Véronique Molières, communication FHP-MCO (veronique.molieres.mco@fhp.fr)
06 82 38 91 32 ; Séverine Defosse, délégation générale FHP-MCO (severine.defosse.mco@fhp.fr)
01 53 83 56 87.

11 FÉVRIER 2010

ACCÈS DES PATIENTS DIALYSÉS AU TRAITEMENT À L'EPO : LES USAGERS ET LES PROFESSIONNELS SALUENT LE RETRAIT DU PROJET D'ARRÊTÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le projet de retrait du traitement à l'EPO (agent stimulant de la fabrication de globules rouges) de la liste des produits facturables en sus provoquait il y a deux semaines une large mobilisation. Cette protestation portée par les représentants des patients, des praticiens – syndicats et sociétés savantes – et des établissements, dénonçait avec force ce projet d'arrêté applicable dès le 1^{er} mars.

Annie Podeur, directrice de la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) avait invité le 29 janvier dernier l'ensemble des acteurs à apporter leurs éclairages. Dans un courrier daté du 5 février, elle annonce que ces échanges « ont fait apparaître des résultats insuffisamment consolidés pour donner suite dans un délai très court au projet d'intégration de l'érythropoïétine dans les tarifs. Dès lors, cette orientation est reportée et donnera lieu à des travaux complémentaires au cours de l'année 2010 ».

Les patients et les professionnels de santé se tiennent à la disposition des pouvoirs publics pour améliorer et garantir de façon durable les soins aux patients atteints d'insuffisance rénale.

Nous saluons la capacité montrée par le ministère, sur ce dossier, à écouter l'ensemble des acteurs et à reconsidérer sa position.

Force est de constater que l'union patients-praticiens-établissements fait la force !

15 FÉVRIER 2010

CARDIOLOGIE : RETRAIT DE 3 VALVES CARDIAQUES DES PRODUITS FACTURABLES EN SUS

Pour votre information, suite à l'arrêt de la fabrication des valves cardiaques correspondant aux codes LPP suivants : 3250358 ; 3286238 ; 3244620.

Celles-ci ne seront plus facturables en sus du GHS à compter du 15 février 2010, conformément à l'arrêté du 28 janvier 2010.

18 FÉVRIER 2010

SUPPRESSION DES SUPPLÉMENTS POUR L'ARCHIVAGE NUMÉRIQUE

Suite à la suppression par arrêté du Conseil d'État, des suppléments pour l'archivage numérique (forfaits techniques YYYY187 et YYYY201), certains d'entre vous, propriétaires du matériel d'imagerie médicale ou ayant investi dans l'archivage numérique, sont impactés par ce déficit de recettes au regard de l'investissement engagé. Aussi, afin de connaître l'impact de cette mesure, nous cherchons à comp-

DÉPÊCHES

tabiliser le nombre d'établissements qui sont propriétaires d'appareils d'imagerie médicale et/ou qui ont investi dans l'archivage numérique. Ce recensement nous permettra d'être exhaustifs auprès des tutelles dans notre demande de financement légitime de cette activité. Si vous êtes économiquement concernés par cette suppression, veuillez nous retourner le tableau ci-joint dûment rempli.

Je vous informe qu'une analyse juridique est actuellement en cours. Nous vous tiendrons informés des suites.

► Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

24 FÉVRIER 2010

ARRÊTÉ DU 10 FÉVRIER 2010 RELATIF À LA CLASSIFICATION ET À LA PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION POUR LES ACTIVITÉS MCO

À quelques jours du 1^{er} mars, nous restons dans l'attente de la publication des tarifs applicables au 1^{er} mars 2010. Des actions ont déjà été conduites avec succès contre un projet d'intégration de l'EPO. Nous menons un combat similaire contre l'arrêté qui vient d'être publié concernant la radiation de produits anticancéreux. Un ultime rendez-vous a lieu avec la DHOS ce mercredi.

L'arrêté daté du 10 février 2010 (publié au Journal Officiel le 20 : www.legifrance.gouv.fr) relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités MCO, entrera en application au 1^{er} mars 2010. Il procède à de nombreuses modifications de l'arrêté classification du 19 février 2009 sur lequel nous avons émis un avis défavorable notamment en raison de l'évolution des listes de facturation en surveillance continue. Nous avons réalisé une synthèse mettant en évidence les DIX principales évolutions de cet arrêté.

1. Modification de la classification des GHM (Annexe 1)

La classification de GHM en vigueur au 1^{er} mars 2010 est la version 11.b des GHM. Vous pouvez télécharger les documents relatifs à la nouvelle Classification des GHM applicable au 1^{er} mars 2010 :

- *Notice technique ATIH* relative aux nouveautés PMSI 2010 : <http://www.atih.sante.fr> ;
- *Guide méthodologique de production des Informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCO* applicable au 1^{er} janvier 2010. (Guide methodo PMSI-MCO 2010 2[1].pdf) ;
- *Description des modifications de formats de fichiers MCO* applicable au 1^{er} mars 2010 (formats mco 2010[1].pdf) ;
- *Caractéristiques des racines de GHM de la version 11.b* applicable au 1^{er} mars 2010 (vol1anx3 fg11b 2010[1].pdf) ;

2. Modifications portant sur la facturation des GHS majorés

- Rythmologie interventionnelle. La réalisation de l'acte de destruction de foyer arythmogène atrial gauche par méthode physique par voie vasculaire transcutanée [DENF003], dans un séjour donnant lieu à la production du GHM 05K111, 05K112, 05K113, 05K114 ou 05K11T, ne donne plus lieu à la facturation du GHS majoré ;
- Chirurgie Cardiaque. La production du GHM 05K131, 05K132, 05K133, 05K134, 05C081, 05C082, 05C083, 05C084, donne lieu à la facturation du GHS majoré 1522, lorsque l'acte de pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutané [DBLFO01] ou par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC [DBLAA04] a été réalisé.

DÉPÊCHES

3. Création de nouveaux GHS majorés

Allogreffes de cornée (racine 02C09). La réalisation de l'acte de conjonctivokératoplastie par greffe de membrane amniotique humaine (BDMA006) donne lieu à un GHS majoré.

Reconstruction des seins (Racine 09C11). La réalisation de l'acte de mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau pédiculé de muscle grand dorsal ou lambeau parascapulaire (QEFA013) ou avec lambeau libre musculocutané (QEFA015) donne lieu à la facturation d'un GHS majoré.

Chirurgie Cardiaque (Racines 05C02 / 05C03). La réalisation de l'acte de remplacement de la valve aortique et de la valve atrioventriculaire gauche par prothèse mécanique ou par bioprothèse avec armature, par thoracotomie avec CEC (DBKA009) donne lieu à la facturation d'un GHS majoré.

4. Minoration des GHS avec borne basse

Dans le cadre de la minoration du GHS par le tarif EXB, lorsque la date de sortie est égale à la date d'entrée, la durée de séjour n'a plus à être remplacée par 0,5.

5. Suppléments réanimation (REA – REP)

REA : La valeur de l'IGS n'est pas prise en compte pour les moins de 18 ans.

REP : Modifications des conditions à remplir pour la facturation du supplément REP : « Un supplément dénommé « réanimation pédiatrique » REP, pour chaque journée où le patient de moins de 18 ans est pris en charge dans une unité de réanimation pédiatrique ou de réanimation pédiatrique spécialisée autorisée et qu'un des actes de la liste 1 de l'annexe 7 y a été effectué, ou qu'une occurrence de la liste 2 de l'annexe 7 a été effectué ».

6. Surveillance continue

Modification des listes d'actes et de diagnostics (Liste 1 et 2 de l'annexe 8) donnant lieu à la facturation d'un supplément SRC : Vous trouverez en PJ sous format Excel la liste des actes et diagnostics qui prévalent à partir du 1^{er} mars 2010, ainsi que la liste des actes ajoutés et retirés des listes 2009.

Mesure spécifique pour les enfants de moins de 18 ans (liste 3 de l'annexe 8) : Introduction d'une liste de diagnostics, associés le cas échéant à un acte, autorisant la facturation d'un supplément SRC. La valeur de l'IGS n'est plus à prendre en compte pour les patients de moins de 18 ans.

Pour les unités de Surveillance Continue Pédiatrique, la facturation du supplément SRC est conditionnée au respect des conditions techniques de fonctionnements définis à l'article D6124-120 du code de la Santé Publique.

7. Supplément réanimation néonatale (NN3)

Les conditions de facturation du supplément NN3 sont allégées / Condition en vigueur au 1^{er} mars 2010 : « Un supplément dénommé « réanimation néonatale » (NN3) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans une unité de réanimation néonatale autorisée et qu'un des actes de la liste 1 figurant en annexe 7 y a été effectué, ou qu'une occurrence d'au moins un des actes de la liste 2 figurant à la même annexe a été effectué ».

8. Création d'un supplément dialyse péritonéale

Création d'un supplément Dialyse Péritonéale (DIP) facturé en sus d'un GHS (autre que dialyse péritonéale). Ce Supplément n'est pas facturable pour les prises en charge ambulatoire (date de sortie = date d'entrée). Le forfait « Dialyse à domicile et autodialyse » n'est plus facturable dans le cadre de la dialyse péritonéale.

DÉPÊCHES

9. Forfaits dialyse péritonéale

Les forfaits de dialyse péritonéale continue et automatisée (DPA – D.15 - et DPCA – D.16-) sont segmentés sur la durée de traitement : ≤ 2 jours et entre 3 et 6 jours. (Annexe 2)

10. Modalités de facturation des forfaits et suppléments

Des spécifications sont apportées aux conditions de facturations des forfaits et suppléments :

- pour la facturation des GHS, le jour de sortie n'est pas pris en compte dans le calcul de la durée de séjour ;
- lorsque le patient sort d'un établissement et y est réadmis le même jour, le séjour n'est pas interrompu et donne lieu à facturation d'un seul GHS ;
- facturation d'un GHS après transfert et réhospitalisation : le GHS est minoré à 50 % de son tarif ou le cas échéant selon les modalités d'application du tarif EXB ou du forfait EXB ;
- prestations inter-établissements : lorsqu'un patient hospitalisé est pris en charge dans un autre établissement pour les séances de Dialyse, Chimiothérapie ou Radiothérapie, chaque établissement facture sa prestation.

Pour la facturation des suppléments :

- lorsqu'au cours de la même journée, le patient est présent dans plusieurs unités ou lits, seul le supplément dont le montant est le plus élevé est facturé ;
 - lorsque le patient est présent moins d'une journée dans l'unité ou le lit, un supplément est facturé.
 - le supplément n'est pas facturé le jour de sortie de l'établissement ou de l'unité, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède.
- Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

25 FÉVRIER 2010

TARIFS 2010 - J-4

À J-4, nous sommes toujours dans l'attente des tarifs 2010. Cependant, afin de mieux de vous préparer, nous sommes en mesure de vous apporter les éléments suivants. Dès le lendemain de la publication des tarifs au Journal Officiel, les SSII pourront avoir accès à la table des tarifs sur le site d'ameli.fr de l'Assurance Maladie. Quant aux caisses d'assurance maladie, elles seront en mesure de traiter les factures avec les tarifs 2010 au plus tard 4 jours après la publication des tarifs au Journal Officiel. Ainsi, si les tarifs sont publiés au 1^{er} mars, les SSII disposeront des tables des tarifs le 2 mars 2010, et les Caisses Primaire d'Assurance Maladie seront opérationnelles au plus tard le 5 mars 2010.

25 FÉVRIER 2010

AU 1^{ER} MARS 2010, RADIATION DE 5 MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX DE LA LISTE EN SUS DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES

Au 1^{er} mars 2010, conformément à l'arrêté du 15 février 2010 (publié au Journal Officiel le 19 février 2010), cinq médicaments anticancéreux et leurs génériques seront radiés de la liste en sus des prestations hospitalières, les spécialités concernées sont : le paclitaxel, la vinorelbine, l'oxaliplatine, la fludarabine, l'épirubicine. Une évaluation de cet impact a été réalisée. Cette radiation entraîne une perte

DÉPÊCHES

moyenne pour les établissements estimée à 55 € par séance de chimiothérapie, soit une perte totale de près de 40 M€ pour les quelque 225 établissements privés qui réalisent 720 000 séances par an. Nous avons réagi immédiatement en adressant un courrier commun avec l'UNHPC, le SFOM, le SNRO et la SFCP le 28 janvier 2010 à la DHOS ainsi qu'en lançant une campagne de lobbying médiatique. Nous avons poursuivi notre mobilisation au côté de l'UNHPC, le SFOM, le SNRO et la SFCP, et aussi avec la Ligue Contre le Cancer le 12 février 2010 par un communiqué largement diffusé pour marquer notre inquiétude face au devenir de l'égalité et de la facilité d'accès aux traitements chimiothérapeutiques et médicaux. Nous avons enfin renforcé notre campagne en publiant dans le Monde du 19 février 2010 une lettre ouverte.

Suite à cette mobilisation, le président de l'INCA, Dominique MARANINCHI, a assuré à travers une dépêche APM, que cette radiation de la liste en sus serait compensée par une hausse du GHS de chimiothérapie. À quelle hauteur ? Quelle est la légitimité de Dominique MARANINCHI pour s'engager en lieu et place du ministère ? Notre prochaine étape consiste à faire appel à chacun d'entre vous pour poursuivre notre mobilisation sur le terrain.

Je vous demande donc d'adresser à vos ARH, vos députés et sénateurs, à la DHOS, au ministère, la lettre type ci jointe. La base doit se mobiliser.

Ci joint également le fichier avec le montant estimatif des pertes de CA pour les établissements concernés (au regard de la base PMSI 2008).

- ▶ Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

27 FÉVRIER 2010

MONTANT DES ENVELOPPES MIGAC ET ODMCO

Dans le cadre de la campagne tarifaire 2010, je tiens à porter à votre connaissance le montant des enveloppes MIGAC et ODMCO (Objectif de Dépenses MCO) qui ont fait l'objet d'une publication au Journal Officiel de ce vendredi 26 février 2010.

L'Objectif des Dépenses d'Assurance Maladie relatif aux activités MCO (ODMCO), est fixé à 44,299 Md€ pour 2010. Soit une hausse de + 2,8 % par rapport à 2009. (Arrêté du 24 février 2010 : <http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Montant de la dotation nationale de financement MIGAC s'élève à 8,142 Md€ pour l'année 2010, soit autant que les dépenses des cliniques MCO. Je rappelle que le secteur privé ne bénéficie que de 1 % de l'enveloppe MIGAC. (Arrêté du 24 février 2010 : <http://www.legifrance.gouv.fr>).

Les mesures nouvelles 2010 :

- les centres de diagnostics préimplantatoires peuvent être pris en charge au titre des missions d'enseignement et de recherche ;
 - l'observatoire national de la fin de vie et les centres de Coordination des soins en cancérologie peuvent être pris en charge au titre des Missions de santé publique ;
 - les « actions de coordination et les pratiques de soins spécifiques en cancérologie » sont désormais définies comme les « actions de qualité transversales des pratiques de soins en cancérologie ». (Arrêté du 24 février 2010 modifiant l'arrêté du 13 mars 2009).
- ▶ Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

28 FÉVRIER 2010

PUBLICATION DE L'ARRÊTÉ RELATIF À LA TARIFICATION 2010

Je vous informe que l'Arrêté relatif à la tarification 2010 des établissements de santé privés MCO a été publié. Une note synthétique de la réunion d'information organisée par la DHOS le 25 février 2010 est également jointe à cette dépêche.

Nous avons saisi l'ATIH afin de disposer de la base PMSI 2008 regroupée en version V11b (comprenant notamment 66 nouveaux GHS). À réception de celles-ci, des simulations internes seront réalisées par l'équipe de la FHP-MCO.

Nous débattons lors du prochain Bureau du 10 mars 2010 des actions à conduire, notamment juridiques, dans le cadre de cette campagne tarifaire 2010.

2 MARS 2010

PUBLICATION DU DÉCRET DE RETRAIT DE 5 MOLÉCULES DE CHIMIOTHÉRAPIE DE LA LISTE EN SUS

Malgré les actions menées par la FHP-MCO et l'UNHPC pour s'opposer au décret qui prévoit le retrait de 5 molécules de chimiothérapie de la liste en sus, celui-ci vient d'être publié. Nous vous proposons de continuer à mener des actions car les enjeux sont importants pour 225 d'entre vous et majeurs pour 130.

Veuillez trouver ci-joint :

- un courrier à destination de vos interlocuteurs politiques (idem courrier proposé dans le 13h du jeudi 25 février) ;
- à la demande de plusieurs adhérents, un nouveau courrier plus technique à l'attention de votre ARH ;
- une affichette à utiliser dans votre établissement.

5 MARS 2010

AUTORISATIONS DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Depuis le 12 janvier 2006, les interventions de chirurgie esthétique ne peuvent être pratiquées qu'au sein d'installations autorisées par le Préfet de département et par des praticiens qualifiés.

Les décrets n°2005-776 et n°2005-777 du 11 juillet 2005 (JO 12 juillet 2005) ont été publiés en application des articles L.6322-1 à L.6322-3 du code de la santé publique issus de la loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le décret n°2005-776 relatif aux conditions d'autorisation des installations de chirurgie esthétique est codifié aux articles R.6322-1 et suivants du code de la santé publique. Le décret n°2005-777 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des installations de chirurgie esthétique est codifié aux articles D6322-31 et suivants du code de la santé publique.

Je souhaite attirer votre attention sur les points suivants :

- les autorisations de chirurgie esthétique ont été données pour une durée de cinq ans, et devront donc faire l'objet d'une demande de renouvellement par les structures ;
- les demandes de renouvellement d'autorisation doivent respecter le même contenu que les demandes initiales d'autorisations (R.6322-4 CSP) ;

DÉPÊCHES

- les établissements peuvent faire leur demande au Préfet huit mois au moins et douze mois au plus avant l'achèvement de la durée de l'autorisation en cours de validité. (R6322-3 du CSP).

Nous vous adresserons dans les prochains jours un dossier type.

- ▶ Fatiha ATOUF (fatiha.atouf.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

5 MARS 2010

SYNTHÈSE DE JURISPRUDENCE – CONTRÔLES T2A

Un groupe de travail a récemment été créé par la FHP-MCO afin de :

- mutualiser les informations à destination des adhérents ;
- élaborer un guide à destination des établissements dans le cadre des contrôles T2A ;
- définir une stratégie de défense commune aux établissements de notre secteur.

La synthèse de jurisprudence en PJ est un premier outil résultant de la première réunion du groupe de travail. Elle a bien entendu pour objet de vous présenter la jurisprudence récente en matière de recouvrements d'indus afin de vous aider, ainsi que vos conseils, dans le cadre des contrôles externes et des procédures contentieuses que vous pouvez engager.

Nous tenons à souligner une nouvelle fois l'importance de la constitution d'une « bibliothèque de jurisprudence », de manière à pouvoir procéder de façon régulière à ce genre de diffusion. Nous vous demandons donc de bien vouloir nous adresser les éventuels jugements et arrêts qui vous concernent après les avoir anonymisés, afin que nous puissions compléter cette bibliothèque utile à tous.

Par ailleurs, compte tenu des enjeux financiers pour vos structures, de la multiplication des sanctions encourues par les établissements de santé (indus, sanctions, et pénalités financières), de la rapidité des procédures, nous vous encourageons à vous faire conseiller si vous entendez contester le bien-fondé d'une action en répétition d'indus à votre égard.

Nous vous alertons une nouvelle fois sur l'importance de la qualité et de la complétude de vos dossiers médicaux, d'une anticipation des procédures de contrôles et de sanctions et d'une organisation de votre établissement favorisant les relations entre directeurs, médecins DIM, TIM et médecins libéraux.

En bref, concernant la jurisprudence synthétisée :

Ces jugements et arrêts sont essentiellement fondés non plus sur des motifs de forme, mais de fond. Les jugements favorables aux établissements sont notamment fondés sur le non respect par les caisses de la charge de la preuve, de l'obligation de motiver leurs décisions, ou de la violation du principe du contradictoire ou encore du principe fondamental de libre accès à la justice.

Nous ne pouvons tirer de conclusions des quelques jugements en notre possession rendus après qu'une expertise médicale ait été demandée : l'éclairage apporté par l'expert a pu conforter la position des Caisses et des TASS, ou au contraire aboutir à une issue favorable pour l'établissement sur le fond.

La grande majorité des décisions synthétisées en PJ sont des jugements (TASS). Trois arrêts de Cour d'appel se prononcent en faveur des établissements notamment sur l'application rétroactive de la réglementation. Nous vous informons que la

DÉPÊCHES

FHP-MCO est défendeur au pourvoi en Cassation dans l'un de ces dossiers. Aucun jugement relatif aux sanctions financières (devant les tribunaux administratifs) n'est encore en notre possession, pour des raisons de délais de mise en œuvre.

L'ensemble des jugements et arrêts évoqués dans cette synthèse sont téléchargeables.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour vous apporter de plus amples renseignements.

6 MARS 2010

NOUVEAUTÉS 2010 RELATIVES AUX PRESTATIONS D'HOSPITALISATION ET À LEUR FACTURATION

L'ATIH a mis en ligne sur son site Internet une notice technique précisant les nouveautés 2010 relatives aux prestations d'hospitalisation et à leur facturation. Nous vous invitons donc à télécharger dès à présent ce document dont les principales précisions portent sur les sujets suivants :

- la création des nouveaux GHS majorés (reconstruction des seins, remplacement valvulaire, allogreffes de cornée) ;
- la modification du financement des séjours bas.

La valorisation des séjours bas au tarif EXB répond en 2010 à la formule suivante quelque soit la durée du séjour.

Tarif du GHS – (BB – durée de séjour)* Tarif EXB

- la modification du dispositif de financement de la surveillance continue : modification des listes d'actes et de diagnostic autorisant la facturation du SRC. Introduction d'une liste de diagnostic spécifique à la pédiatrie (-18 ans). Extension de la recherche d'un diagnostic figurant sur les listes 1 et 3 au Diagnostic relié (DR) et aux Diagnostics associés (DA) ;
- les nouveautés concernant la dialyse péritonéale : création d'un supplément facturable en sus d'un GHS. Modification des forfaits de dialyse péritonéale ;
- les nouvelles modalités de calibrage du Forfait annuel urgence (FAU) : depuis le 1^{er} mars 2010, le montant du FAU est déterminé en fonction du nombre d'ATU facturé au titre de l'année 2009, y compris ceux concernant des patients non pris en charge par l'assurance maladie (AME, convention internationale...) ;
- le rappel des règles de financement des prestations inter-établissements ;
- les nouveautés concernant la radiothérapie.

Nous mettons également à votre disposition la table des tarifs des GHS applicable au 1^{er} mars 2010 sous format Excel.

► Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

6 MARS 2010

LA COTE DE CONFIANCE DE ROSELYNE BACHELOT PLONGERAIT À 24 % CHEZ LES MÉDECINS

Sondage* Ifop, publié jeudi dans *Le Quotidien du médecin*.

La ministre ne serait soutenue que par 18 % des médecins libéraux (33 % des hospitaliers). Parmi les libéraux, près de la moitié ne lui font « pas du tout confiance » et « la cassure la plus nette concerne les généralistes et les médecins ruraux ».

DÉPÊCHES

Le Quotidien du médecin pointe un « fossé très profond [qui] s'est creusé en quelques mois entre la ministre en charge de la santé et les professionnels ».

Rappelons qu'en mai 2007, Roselyne Bachelot était plébiscitée par 62 % des médecins libéraux; en septembre 2008, elle recueillait encore 44 % d'opinions favorables.

Le Quotidien explique cette chute par ses choix concernant la lutte contre la grippe H1N1, « ressentis comme une humiliation » et par sa « gestion politique du dossier conventionné » enfin par son « refus de s'engager pour l'application immédiate du C à 23 € ».

Interrogés sur la politique de santé et de protection sociale menée par le président de la République et le gouvernement, les médecins sont 73 % (79 % des libéraux et 67 % des hospitaliers) à la juger négativement et 27 % (32 % et 22 %) très négativement, ce qui représente une « hausse de cinq points par rapport au sondage réalisé il y a un an ».

À propos des élections régionales

Le sondage relève par ailleurs un retournement « spectaculaire » de l'opinion médicale dans le cadre des élections régionales. Ainsi, seulement un tiers des médecins (32 % des libéraux et 34 % des hospitaliers) voteraient pour une liste UMP (contre 75 % préalablement favorable à Nicolas Sarkozy), Nouveau centre, des chasseurs ou du MPF (Mouvement pour la France) lors du premier tour.

Il indique que plus de 50 % voteraient pour une liste de gauche, avec 22 % pour les Verts et Europe écologie, 21 % pour le parti socialiste, 5 % pour le Front de gauche, 2,5 % pour le Nouveau parti anticapitaliste (NPA) et 0,5 % pour Lutte ouvrière.

« On assiste à un report des médecins électeurs de Sarkozy (12 % selon l'étude affinée de l'Ifop) vers les Verts qui recueillent également plus d'un quart des intentions de votes de médecins libéraux qui s'étaient portés en 2007 sur Ségolène Royal et François Bayrou », indique le quotidien. « Quant aux praticiens de sensibilité de gauche, qui avaient choisi Nicolas Sarkozy en 2007 contre la candidate socialiste, ils semblent être revenus vers leur famille d'origine ».

Le quotidien note également le faible score du Front national (FN, 3,5 %), « mais c'est une tradition dans le monde médical », et l'« effondrement » des listes du Modem (9 %, par rapport à 29 % des intentions de vote des médecins libéraux en 2007).

* Le sondage a été réalisé par téléphone auprès de 301 médecins libéraux et 200 médecins hospitaliers du 22 au 25 février.

16 MARS 2010

HONORAIRES ET SALARIAT DES MÉDECINS

La loi HPST a permis de prévoir la récupération des honoraires lorsque le médecin est salarié au sein de nos établissements. En effet, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au « d » de l'article L. 162-22-6 emploie des médecins qui choisissent le mode exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.

Ce texte déroge donc aux principes d'exercice de la médecine libérale et aux modalités de paiement des honoraires.

DÉPÊCHES

Une réunion d'information a été organisée à la CNAMTS ce vendredi 12 mars afin de présenter le dispositif technique. Le champ d'application mis en œuvre concerne exclusivement l'activité MCO. Les dispositifs en soins de suite et psychiatrie ne sont pas remis en cause dans la future circulaire CNAMTS à paraître.

Les éléments du dispositif peuvent être résumé de façon suivante :

Quels sont les médecins concernés ?

Les médecins généralistes ou spécialistes ayant choisi le mode d'exercice salarié pour exercer dans l'établissement, ce qui implique :

- pas de dépassement d'honoraires ;
- pas de perception directe de rémunération auprès du patient ;
- assurer la bonne tenue du dossier médical du patient.

Tous les actes cliniques et techniques en relation avec des prestations d'hospitalisation et des soins sont visés, c'est à dire :

- les actes réalisés (y compris C 0,8) pendant un séjour ou à l'occasion de soins, avec ou sans hébergement, en relation avec les prestations d'hospitalisation GHS, GHT ou D (traitement IRC en forfait). Ces actes sont exécutés à partir de l'admission du patient et pendant la durée de l'hospitalisation ;
- les actes réalisés à l'occasion de soins non suivis d'hospitalisation en relation avec les prestations d'hospitalisation ATU, FFM, SE ;
- le cas échéant, l'application des modificateurs CCAM est prévue en relation avec des prestations d'hospitalisation.

Ainsi, l'activité hospitalière à temps complet ou à temps partiel (chirurgie ambulatoire, etc.) de tous les praticiens qu'ils soient médecins généralistes ou internistes, chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, pédiatres, etc. est éligible à ce dispositif. Le dispositif ne permet pas la facturation d'actes isolés qui ne seraient pas en relation avec des prestations d'hospitalisation, c'est-à-dire en l'absence de GHS, GHT, forfait en D, ATU, FFM, ou SE. De ce fait, le seul support de facturation est le bordereau S3404. L'identification du praticien salarié nécessite de mettre à disposition des caisses des données (diplôme et spécialité). Toutes les informations sont à communiquer au démarrage de ce dispositif et pour tout changement.

Les médecins peuvent cumuler le double statut : salarié et libéral.

Quels sont les établissements concernés ?

Les établissements « ex-OQN » visés au d) de l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont concernés.

Ce dispositif porte sur les activités de soins autorisées à l'établissement de court séjour (MCO) par l'ARH (ARS) – R 6122-25 du code de la santé publique.

Le directeur de l'établissement est signataire du S 3404 pour les honoraires du médecin salarié figurant en partie basse du bordereau de facturation.

Calendrier

Les caisses d'assurance maladie sont aujourd'hui techniquement prêtes sur ce dispositif. Mais, elles attendent le « feu vert » par la circulaire qui est en cours de finalisation et de signature à la CNAMTS.

Le dispositif devrait donc être mis en œuvre fin mars / début avril 2010.

Recommandations sur les arriérés

Un point du dispositif n'est pas arbitré. Il s'agit de la récupération des honoraires depuis le 23 juillet 2009, date d'application de ce dispositif. Nous avons demandé de faire un état récapitulatif afin d'éviter de rééditer l'ensemble des factures. Nous attendons donc la décision de la CNAMTS sur ces conditions de rattrapage de facturation. Nous vous tiendrons informés des suites de ce dossier et vous communiquerons copie de la circulaire de la CNAMTS.

- ▶ Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) et Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

16 MARS 2010

RÉPONDRE AUX ENQUÊTES MENÉES PAR NOS TUTELLES ?

Vous êtes nombreux à nous solliciter régulièrement sur la conduite à tenir face aux sollicitations d'enquêtes de la part de nos tutelles.

Le Bureau FHP-MCO du 10 mars 2010 a débattu de cette problématique afin d'arrêter une position de principe en la matière en cette période où chaque moyen mis en oeuvre pèse sur nos comptes d'exploitation.

Ainsi, le Bureau de la FHP-MCO recommande de ne répondre à aucune des enquêtes, à l'exception de celles obligatoires pouvant conduire notamment à des sanctions financières (SAE, ...), ou celles prévues explicitement dans vos CPOM ou CBUM.

► Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

17 MARS 2010

CONTRÔLE T2A ET SANCTION FINANCIÈRE

Comme annoncé par dépêche le 5 mars dernier, un groupe de travail sur le sujet des contrôles T2A et des sanctions financières a récemment été créé par la FHP-MCO afin de :

- mutualiser les informations à destination des adhérents ;
- élaborer un guide à destination des établissements dans le cadre des contrôles T2A.

Vous avez été destinataires d'une synthèse de la jurisprudence. Le guide vous sera adressé très prochainement. Dans le cadre de cette démarche, nous avons rencontré le Dr Pierre Fender, directeur du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes à la CNAMTS, accompagné du Dr Gaetano Saba.

Un document, préparé grâce à l'implication des syndicats régionaux, reprenant les remarques des adhérents a été préalablement remis à Monsieur Pierre Fender.

Le Dr Pierre Fender a apporté les éléments de réponses suivants :

- les soins palliatifs : maintien du référentiel du contrôle CNAMTS en l'absence de référentiel émis par la société savante. Cette dernière devrait émettre son référentiel très prochainement ;
- la cancérologie : les instillations vésicales ne sont pas prises en charge en l'absence de réelle organisation hospitalière. Selon eux, il ne faut pas confondre réserve hospitalière et prestation d'hospitalisation ;
- la cardiologie : remise en cause du diagnostic principal. Les équipes de médecins-conseils continueront à remettre en cause le diagnostic principal à la lumière des éléments contenus dans le dossier médical.

Des accords ont été trouvés sur les thèmes suivant :

- rencontres individuelles à organiser avec les quelques établissements concernés par des litiges portant sur l'analyse des dossiers. Les établissements concernés et intéressés sont invités à se manifester auprès de Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) ;
- participation du Dr Pierre Fender à une journée nationale à venir portant sur les contrôles T2A organisée par la FHP-MCO ;
- réflexion sur l'application systématique, ou pas, par les UCR du plafond réglementaire du montant des sanctions ;

DÉPÊCHES

- plus de transparence sur les décisions prises par la CNAMTS à la lumière de l'interdiction de la facturation du YYY 010 pour les praticiens Urgentistes ;
- donner plus de moyens à l'ATIH pour poursuivre son rôle d'arbitre en cas de désaccord entre les UCR et les établissements.

Par ailleurs, la CNAMTS entend mettre en place un mécanisme – au cas par cas – de répercussion sur les médecins libéraux de sanctions financières encourues par les établissements dans certaines hypothèses : Si le codage des professionnels induit un GHS inadéquat du fait du codage CCAM, le professionnel « repéré » pour des pratiques récurrentes pourrait faire l'objet de sanction. [L.315-1 CSS]. Pour repérer ces pratiques : le Compte-rendu Opérateur et plus généralement le dossier d'hospitalisation du patient.

- Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) et Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

24 MARS 2010

POURSUITE DES ACTIONS DANS LE DOSSIER SUR LE RETRAIT DE PRODUITS ANTICANCÉREUX DE LA LISTE DES PRODUITS FACTURABLES EN SUS

Face à la décision brutale et aveugle du ministère de supprimer des produits anticancéreux de la liste des produits facturables en sus, et par conséquent de supprimer les recettes des EMI y étant rattachées, le Bureau de la FHP-MCO du 10 mars 2010 a décidé, en partenariat avec l'UNHPC, de poursuivre ses actions en lançant :

- une étude d'impact précise de la campagne tarifaire 2010 (suppression des produits de la liste en sus et des EMI) ;
- une réflexion sur les coûts de fonctionnement des services de chimiothérapie ambulatoire ;
- une réflexion sur les actions qu'il convenait de mener (communication - lobbying...).

Aussi, nous vous invitons le 2 avril prochain de 10h00 à 15h00 à la FHP-MCO au 81 rue de Monceau à PARIS 8^e à une séance de travail.

Un groupe de travail constitué d'une dizaine de personnes se sera préalablement réuni afin de disposer d'éléments factuels et validés pour lancer nos débats et décider des actions à prendre.

Nous allons inviter des représentants de l'État, pour ce 2 avril 2010, afin qu'ils nous présentent plus amplement leur processus décisionnel sur ce sujet.

- Confirmer votre présence auprès de Virginie CORMERAIS (virginie.cormerais.mco@fhp.fr).

25 MARS 2010

MONTANT DU FORFAIT ANNUEL 2010 POUR L'ACTIVITÉ DE MÉDECINE D'URGENCES (FAU)

Suite à plusieurs questions dans certaines régions, nous revenons vers vous concernant les nouveautés 2010 relatives à la détermination du montant du Forfait Annuel pour l'activité de médecine d'Urgences (FAU).

En 2010, le montant du FAU est déterminé en fonction du nombre d'ATU facturés au titre de l'année 2009.

Pour les établissements nouvellement autorisés à exercer l'activité de médecine

DÉPÊCHES

d'urgence, le montant de ce forfait est déterminé en fonction d'un nombre prévisionnel de passages donnant lieu à la facturation d'un ATU. (Article 3 de l'arrêté tarifaire du 27 février 2010).

Avec la publication de l'arrêté, le calibrage du FAU est désormais calculé en fonction du nombre d'ATU produits et non plus uniquement en fonction du nombre d'ATU facturés à l'assurance maladie. Ainsi, les passages des patients non assurés sociaux ou relevant de l'Aide Médicale d'État (AME), ou sous convention internationale, sont désormais comptabilisés dans le calcul des FAU.

Nous vous rappelons d'autre part que depuis le 1^{er} mars 2008, les ATU donnent lieu à la production d'un RSF :

- RSF-A : Remplir la variable « Séjours facturables à l'assurance maladie » O/N ;
- RSF-B : Indiquer la mention de la prestation « ATE » réalisée.

La production de ces RSF est essentielle car ces données sont ensuite retranscrites dans les tableaux MAT2A, sur lesquels se basent les ARH pour calibrer les FAU.

Enfin, concernant la question des assurés sociaux arrivant dans les services d'urgences sans leurs « papier », nous vous rappelons que le service « Consultations des Droits en ligne » (CDR) a été déployé auprès des établissements détenant une structure d'accueil des Urgences, afin de pallier ces situations.

- Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

25 MARS 2010

RENOUVELLEMENT DE VOS AUTORISATIONS D'ACTIVITÉ DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Le 5 mars dernier, dans notre dépêche sur les autorisations de chirurgie esthétique, nous attirions votre attention sur les modalités de renouvellement de ces autorisations. Comme évoqué, les autorisations de chirurgie esthétique sont données pour une durée de cinq ans et doivent faire l'objet d'une demande de renouvellement par les établissements.

Les demandes de renouvellement doivent être adressées par le titulaire de l'autorisation, huit mois au moins et douze mois au plus avant l'achèvement de la durée de l'autorisation en cours de validité. Étant précisé par l'article R.6322-11 du Code de la santé publique, que cette durée est comptée à partir du jour où est constaté le résultat positif de la visite de conformité. Ces demandes de renouvellement sont adressées au Préfet (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La FHP-MCO souhaite donc vous accompagner dans cette démarche en vous proposant un dossier type de demande de renouvellement d'autorisation des activités de chirurgie esthétique.

- Fatiha ATOUF (fatiha.atouf.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

29 MARS 2010

MÉDIAS SOCIAUX : QUELLE UTILISATION ?

Les supports interactifs et communautaires à notre disposition sur Internet, appelés « médias sociaux » (site web, forum, blog, communauté facebook ou twitter, youtube et daily motion) fabriquent aujourd'hui en partie l'opinion. Les hommes politiques ou les grandes marques ne s'y sont pas trompés et ont appris à se rendre visibles de multiples façons sur la toile. Il est nécessaire pour notre secteur de déconstruire les nombreux préjugés dont il est victime et construire une image positive. Nous devons pour cela être pro-actifs et investir intelligemment ces nouveaux espaces. Nous vous invitons à répondre en direct dans le mail à ce bref questionnaire afin de nous permettre de mesurer votre niveau d'implication et d'intérêt sur ces sujets.

30 MARS 2010

INDICATEURS IPAQSS, LA DATE LIMITE EST AU 31 MARS 2010

La HAS vient d'alerter le BAQIMEHP sur le fait que, pour le recueil IPAQSS, il restait au 29 mars 2010 :

- 225 établissements qui n'avaient pas finalisé leur recueil sur l'indicateur DPA (dossier patient) par la dernière étape de « validé établissement » ;
- 217 Établissements qui n'avaient pas finalisé leur recueil dan (dossier anesthésique) par la dernière étape de « validé établissement » ;
- 39 Établissements qui n'avaient pas finalisé leur recueil idm (infarctus du myocarde) par la dernière étape de « validé établissement ».

Nous rappelons que la date limite pour que le « superviseur » valide le recueil est fixée au 31 mars prochain, soit demain.

Nous vous engageons vivement de bien vérifier auprès de vos équipes chargées de ce recueil de ne pas oublier cette dernière étape de validation, faute de quoi votre établissement sera considéré comme « non-répondant » avec toutes les implications que ce type de classification peut avoir.

Nous vous rappelons que ces indicateurs seront publiés. L'absence de réponse vous expose éventuellement à être identifié au sein d'une « liste noire ».

Compte-tenu des difficultés auxquelles vous avez été confrontés dans la bonne mise en œuvre des outils mis à votre disposition par l'ATIH, nous vous conseillons de ne pas attendre le dernier moment pour cette validation au risque de vous trouver confrontés à des « embouteillages ».

30 MARS 2010

MODALITÉS DE RENOUVELLEMENT DES AUTORISATIONS EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE

Comme vous le savez, les nouveaux décrets qui viendront réglementer les activités de médecine et de chirurgie n'ont pas encore été publiés. Leur parution a pris beaucoup de retard et plusieurs d'entre vous nous ont récemment interrogés sur les modalités de renouvellement de leurs autorisations en médecine et en chirurgie dans ce contexte réglementaire bientôt bouleversé.

Nous tenons à attirer votre attention sur les points suivants : d'après les informa-

DÉPÊCHES

tions recueillies très récemment à la DGOS sur ce point, la publication des décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement en médecine et en chirurgie aura lieu dans les prochaines semaines.

En effet, les projets de décrets sont aujourd'hui à la signature de la ministre, soucieuse de leur publication rapide compte tenu des dates d'échéances des actuelles autorisations en médecine et en chirurgie pour les établissements de santé. Ces décrets devraient être publiés au plus tard en Mai 2010.

Le contenu des décrets qui paraîtront au Journal Officiel ne sera pas identique au projet de décrets qui nous a été soumis avant la réunion du CNOSS qui s'est tenue le 1^{er} octobre 2009 ; les modifications apportées ne seraient néanmoins pas substantielles.

(Nous vous rappelons qu'une synthèse de ces projets de décrets (Version octobre 2009) vous a été présentée dans une dépêche FHP-MCO du 19 octobre 2009).

D'après les informations qui nous ont été récemment données par la DGOS, ces décrets prévoient une prorogation de vos autorisations en médecine et en chirurgie jusqu'à la révision des Schémas régionaux d'organisation sanitaires (futurs Schémas régionaux d'organisation des soins) et l'entrée en vigueur du nouveau régime juridique.

Néanmoins, compte tenu du retard déjà pris par les pouvoirs publics sur ce sujet, et de l'échéance de vos autorisations en août 2011, nous vous encourageons à préparer vos dossiers d'évaluation conformément au cadre réglementaire actuellement en vigueur. Il vous appartient donc de transmettre vos dossiers d'évaluation à l'ARH/ARS au moins 14 mois avant l'échéance de vos autorisations. Ce travail vous sera en tout état de cause utile en vue de vos futures demandes d'autorisations.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

31 MARS 2010

SUSPENSION DU MOUVEMENT DU SYNGOF

Le SYNGOF a lancé depuis de nombreux mois une action visant à contraindre les Préfets à procéder à des réquisitions des praticiens obstétriciens. Constatant avec regret le caractère automatique des procédures de réquisitions, le SYNGOF vient de décider de suspendre ce mouvement. Cependant, il poursuit son combat et souligne qu'il va réfléchir à des actions nouvelles.

On ne peut qu'être préoccupé par une possible escalade des actions à venir pouvant remettre en cause le bon fonctionnement de nos maternités, voir leur pérennité.

Je ne manquerai pas de revenir vers vous dès que nous serons informés des actions possibles du SYNGOF.

1^{ER} AVRIL 2010

ENQUÊTES MENÉES PAR LES TUTELLES

Le 16 mars dernier, dans notre dépêche sur les enquêtes menées par les tutelles, nous faisons état de la position de principe de la FHP-MCO quant aux suites à leur donner.

Comme évoqué, le Bureau de la FHP-MCO recommande de ne répondre qu'aux enquêtes obligatoires pouvant conduire notamment à des sanctions financières.

Nous souhaitons apporter quelques éléments complémentaires.

L'enquête devient obligatoire lorsque, agréée par le CNIS (Conseil national de l'information statistique), elle a reçu un visa du ministre compétent (loi n°51-711 du 7 juin 1951 et décret n° 2009-318 du 20 mars 2009 relatif au Conseil national de l'information statistique et au comité du secret statistique).

Le défaut de réponse à un questionnaire revêtu de ce visa, peut donner lieu à une décision d'amende administrative, prise par le ministre chargé de l'économie, après avis du Comité du contentieux des enquêtes statistiques obligatoires (Arrêté du 17 juin 2009 relatif aux modalités d'organisation du comité du contentieux).

L'enquête visée doit donc faire mention de son caractère obligatoire et indiquer la référence du visa.

L'ensemble des enquêtes agréées par le CNIS sont inscrites au programme annuel publié par un arrêté au Journal Officiel, également disponible sur le site www.cnis.fr, rubrique « Les enquêtes ».

À ces enquêtes nationales obligatoires s'ajoutent les enquêtes ou « remontées d'informations » prévues par l'article L.6113-8 du Code de la santé publique qui impose aux établissements de santé de transmettre aux agences régionales de santé, à l'État ou à la personne publique qu'il désigne et aux organismes d'assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de leurs ressources, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaire, ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation.

Les modalités de recueil et de transmission de ces informations sont définies par un Arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Par exemple, il s'agit notamment de l'enquête SAE définie par l'Arrêté du 17 mars 2004.

Sans oublier les enquêtes pour lesquelles votre établissement s'est engagé contractuellement, notamment dans le cadre des CPOM et des CBUM. La réponse à ces enquêtes relevant des obligations contractuelles de votre établissement envers l'autorité de tutelle, le défaut de réponse peut également entraîner des sanctions.

► Fatiha ATOUF (fatiha.atouf.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

22 AVRIL 2010

RENOUVELLEMENT DES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉ DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

Le 26 mars dernier, nous vous adressions un dossier type de demande de renouvellement d'autorisation de chirurgie esthétique. Pour répondre à certaines questions que nous avons eues, nous souhaitons vous apporter des précisions concernant le point de départ du délai d'autorisation de cinq ans.

La date de point de départ des autorisations de chirurgie esthétique est différente selon les cas.

DÉPÊCHES

S'il s'agit d'autorisations délivrées dans le cadre des dispositions transitoires (c'est le cas le plus fréquent, correspondant aux établissements ayant déjà une activité de chirurgie esthétique à la date de parution des décrets), le point de départ est la date de réception de la notification de la décision d'autorisation, en application de l'article 4 du décret n° 2005-776 du 11 juillet 2005.

S'il s'agit d'autorisations délivrées dans le cadre du régime « courant » (activité nouvelle), le point de départ est la date de la visite de conformité, en application de l'article R 6322-11 du CSP.

Ces dates de point de départ ont dû normalement être précisées sur les Arrêtés d'autorisation qui vous ont été délivrés.

Par ailleurs, ces autorisations ont basculé vers l'ARS (décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 fixant l'ensemble des transferts).

► Fatiha ATOUF (fatiha.atouf.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

23 AVRIL 2010

PRÉCISIONS/CORRECTIONS DE L'ATIH CONCERNANT LES PATIENTS RELEVANT DE L'AME OU SOUS CONVENTION INTERNATIONALE

Certains d'entre vous nous ont sollicités sur les difficultés de remplissage des RSF pour les ATU des patients relevant de l'AME ou sous Convention Internationale selon les modalités décrites dans la circulaire technique ATIH du 02 mars 2010.

Un correctif vient de paraître sur le site de l'ATIH. Nous vous invitons donc à le consulter sur le lien suivant : <http://www.atih.sante.fr>.

Vous y trouverez notamment ce texte : détermination des Forfaits annuels des urgences pour les établissements ex OQN. Une information concernant le codage des ATU dans les RSF a été donnée dans la notice technique du 2 mars, faisant référence à une variable du RSF qui n'existait pas.

Le texte ci-dessous annule et remplace le paragraphe concerné.

Pour les établissements ex-OQN, les ATU donnent lieu à production d'un RSF depuis mars 2008, sans production de RSS associé. Modalités particulières de remplissage des RSF :

- pour patient sous convention internationale : les modalités de facturation sont les mêmes que pour un patient français ; production d'un S3404 et télétransmission en norme B2 standard, la CNAM se charge de faire les échanges avec le pays concerné. Le codage de ce type de patient sur le RSF doit s'effectuer de la manière suivante : Renseignement de la variable du RSFA [Code de prise en charge] avec la valeur '2' avec un RSF présentant des taux de remboursement renseignés au taux habituel pour les lignes de facturation ;
- pour patients sous AME : il y a une production d'un bordereau S3404 et d'une télétransmission mais avec un code particulier d'organisme complémentaire correspondant à l'État avec un taux de remboursement mis à 0 %. Le codage de ce type de patient sur le RSF doit s'effectuer de la manière suivante : Renseignement de la variable du RSFA [Code de prise en charge] avec la valeur '2' avec un RSF présentant des taux de remboursement sur chaque ligne de facturation égal à 0 ;
- l'hypothèse rare d'un patient complètement payant ne fait pas l'objet de production obligatoire de S3404, ni de télétransmission. Dans ce cas, production d'un

DÉPÊCHES

RSF avec renseignement de la variable du RSFA [Code de prise en charge] avec la valeur '3' avec un RSF présentant des taux de remboursement sur chaque ligne de facturation égal à 0.

La transcription de ces données dans les tableaux MAT2A fournira ainsi aux ARS les informations utiles au calibrage des FAU

Rappel : les modalités de la variable « Code de prise en charge » sont les suivantes : 1 = assuré pris en charge ; 2 = assuré non pris en charge ; 3 = non assuré, non pris en charge ; 4 = anonyme ; 5 = nouveau-né.

Pour les séjours, les mêmes consignes s'appliquent. Elles font l'objet de plus de la production d'un RSS.

► Virginie DUBOS [virginie.dubos.mco@fhp.fr] est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

23 AVRIL 2010

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR L'APPLICATION DE LA V11B ET DES TARIFS 2010 DANS LES CLINIQUES PRIVÉES

Depuis le 1^{er} mars 2010, s'appliquent dans nos établissements une nouvelle version de la classification des GHM : la V11b, et des nouveaux tarifs issus des études ENCC 2006 et 2007.

En 2009, un retour d'expérience organisé et synthétisé alors par le BAQIMEHP à la demande de la FHP-MCO, a permis de faire remonter aux tutelles un certain nombre d'incohérences sur la hiérarchisation des tarifs, des problèmes de groupage de séjour, ou encore des pistes d'amélioration pour faire évoluer la classification.

Si toutes nos demandes n'ont pas abouti, certaines ont toutefois été écoutées, ce qui a permis de voir apparaître en 2010 :

- un nouveau GHM associant la cataracte et le glaucome ;
- un GHM Douleur Chronique de courte durée ;
- la correction des tarifs relatifs à l'accouchement qui étaient identiques quelque soit le niveau de sévérité ;
- le rétablissement de la hiérarchie des tarifs entre la prothèse de hanche pour fracture et la prothèse de hanche pour arthrose.

Nous relançons donc cette année ce retour d'expérience sur l'application de la classification V11b et des tarifs 2010 dans nos établissements.

Pour ce faire, je vous remercie d'adresser à Virginie DUBOS, virginie.dubos.mco@fhp.fr / LD : 01 53 83 56 57, l'ensemble de vos remarques, si possible documentées, de cas concrets.

À titre d'exemple, vous trouverez ci-dessous la synthèse des remarques formulées par les cliniques privées sur les problématiques liées à la V11 et aux tarifs 2009 réalisée par le BAQIMEHP en 2009.

26 AVRIL 2010

FACTURATION DES MÉDICAMENTS ET PRODUITS EN SUS

Attention : contrôles bloquants sur les taux de financement

Dans le cadre de la facturation des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation, nous vous informons que des contrôles bloquants sur les taux de financement ont été mis en place par la CNAMTS depuis le 9 avril 2010.

Pour les établissements en cours de signature des contrats, les consignes

DÉPÊCHES

suivantes doivent être appliquées : Consignes B2. Les établissements de santé privés en cours de signature du Contrat de Bon usage doivent renseigner la zone du « taux de financement » de la B2 par défaut à la valeur « 1 » dans l'attente de la notification par l'Agence régionale de santé dudit contrat.

Cette zone numérique « taux de financement » (type 3 de la B2, position 114-116) doit être renseignée obligatoirement en cas de facturation de médicaments, de produits et prestations de la liste en sus.

Pour rappel, depuis le 1^{er} avril 2009 les établissements privés doivent, entre autres, porter sur leurs factures, le taux de remboursement, sur la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, arrêté dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations.

Ce taux varie de 100 % à 70 % selon l'établissement. En effet, si aucun contrat n'a été signé, le taux appliqué sur la part obligatoire est de 70 %. Si un contrat a été signé mais n'a pas été respecté, l'établissement peut se voir notifier une baisse de ce taux par le directeur de l'ARS. Ce taux peut être spécifique à une spécialité médicalement facturable en sus.

Nous vous rappelons d'autre part qu'en aucun cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne doit être facturé au patient. (Art L162-22-7 du Code de la sécurité sociale).

Nous vous invitons à télécharger le message d'information CNAMTS relatif à la mise en place de ces contrôles bloquants, ainsi que pour rappel la circulaire CNAMTS du 17/03/2010 relative aux modalités de transmission des informations liées au codage des médicaments et des produits facturables en sus.

► Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

27 AVRIL 2010

CADRE JURIDIQUE ET ACTEURS DES CONTRÔLES T2A

Nous vous avons présenté un document de synthèse de la jurisprudence récente sur les contrôles T2A dans une dépêche FHP-MCO du 05 mars 2010.

Conformément à ce que nous vous avons alors indiqué, un guide sur les contrôles externes est en cours d'élaboration. Ce guide se présentera sous forme de fiches pratiques qui vous seront transmises à intervalles réguliers.

Nous attirons votre attention sur les points suivants :

Concernant le contenu de la Fiche n°1 relative au Cadre juridique et les acteurs des contrôles T2A : la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (dite HPST), l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et le décret n°2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, ont une incidence sur les acteurs des contrôles externes.

Pour mémoire, les Directeurs d'ARS ont été nommés en Conseil des ministres le 31 mars 2010. Au plus tard le 1^{er} juillet 2010, l'ARS est substituée pour l'exercice de ses missions à l'État, l'ARH, le GRSP, l'URCAL, la MRS, la CRAM (pour la partie des compétences transférées). Les personnels, quel que soit leur statut, sont transférés de ces organismes vers l'ARS. Cette fiche met en lumière les modifications apportées dans la réglementation par ces textes récents.

DÉPÊCHES

Par ailleurs, concernant la synthèse de jurisprudence qui vous a été transmise le 5 mars 2010, nous vous rappelons que cette synthèse d'une vingtaine de jugements et d'arrêts ne prétendait pas donner un aperçu exhaustif de la jurisprudence en matière de répétition d'indus. Nous vous avons transmis en grande partie des décisions favorables aux établissements afin de mutualiser les informations les plus pertinentes, et d'aider vos conseils dans l'hypothèse où vous souhaiteriez contester des notifications d'indus devant les juridictions. Nous vous alertons sur le fait que les raisonnements des TASS varient d'un tribunal et d'un cas d'espèce à l'autre.

Une nouvelle synthèse de jurisprudence vous sera bientôt transmise. Des jugements et arrêts défavorables vous seront également communiqués lors de cette prochaine diffusion, de manière à vous donner un aperçu plus précis de la jurisprudence existante. Les jugements et arrêts seront cette fois téléchargeables sur le site internet de la FHP-MCO.

Enfin, de manière à poursuivre ce travail de recueil, d'analyse et de diffusion régulière de la jurisprudence sur les contrôles externes de l'assurance maladie, nous vous remercions par avance pour le temps que vous voudrez bien nous accorder en nous transmettant les décisions anonymisées qui vous concernent.

► Chloé TEILLARD {chloe.teillard.mco@fhp.fr} est à votre disposition.

27 AVRIL 2010

AUTORISATION DES ACTIVITÉS DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Deux décrets ainsi qu'un Arrêté fixant des seuils d'activité, réglementent l'activité de cardiologie interventionnelle en la soumettant à un régime d'autorisation.

Les décrets n°2009-409 et n°2009-410 du 14 avril 2009 déterminent les conditions d'implantations et les conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.

Le décret n°2009-409 prévoit en son Article 3 que les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) en vigueur à la date de la publication du décret devront être révisés dans un délai de douze mois à compter de cette date afin de prendre en compte les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.

La révision du volet SROS dédié à la cardiologie interventionnelle doit donc intervenir au plus tard le 16 avril 2010.

La période de dépôt des demandes d'autorisation doit, quant à elle, être ouverte dans les deux mois suivant la publication des SROS révisés, soit au plus tard le 16 juin 2010.

La révision des SROS est intervenue en ordre dispersé sur l'ensemble du territoire national, il convient donc pour chaque établissement de suivre attentivement le déroulement de la procédure d'autorisation de sa région.

Certaines régions ont déjà ouvert la fenêtre de dépôt des dossiers.

Un dossier type de demande d'autorisation vous sera adressé dans les prochains jours pour vous accompagner dans cette démarche.

► Fatiha ATOUF {fatiha.atouf.mco@fhp.fr} est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

28 AVRIL 2010

NOUVELLE CLASSIFICATION DES GHM DE RADIOTHÉRAPIE POUR 2011

Le projet Radiothérapie initié par la mission T2A en 2006, comporte un triple objectif :

- faire en sorte que les cabinets privés libéraux produisent des données dans le cadre du PMSI ;
- rendre le mode de financement de cette activité identique quel que soit le secteur d'exercice ;
- élaborer une nouvelle classification de GHM discriminante pour l'activité de radiothérapie et qui permette de renforcer la qualité des prestations délivrées [Financement des traitements les plus sécurisés et de qualité].

Ainsi, un travail de refonte de la classification des GHM de radiothérapie a été entrepris afin d'améliorer la description de cette activité. En 2009, une classification a été élaborée prenant en compte deux nouvelles variables à savoir, le type de machine et le type de dosimétrie. Le chapitre 17 de la CCAM relatif aux actes de radiothérapie a également été modifié.

Cependant, faute de données exhaustives, la nouvelle classification de GHM pour la radiothérapie ne devrait entrer en vigueur qu'au 1^{er} mars 2011, à condition que les données récoltées par l'ATIH permettent l'élaboration des tarifs sur les deux secteurs. Pour cela, l'ATIH a publié deux circulaires décrivant les nouveautés quant à la production de l'information médicale dans le cadre de l'activité de radiothérapie. Nous vous invitons à les télécharger, si vous êtes concernés, en cliquant sur les liens ci-dessous. Pour les centres privés de radiothérapie, les modalités de facturation restent cependant inchangées pour 2010.

- Virginie DUBOS [virginie.dubos.mco@fhp.fr] est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

30 AVRIL 2010

TARIFS REPÈRES 2009

Depuis quelques semaines j'ai le plaisir de participer à vos assemblées régionales. Je tiens à vous remercier pour l'accueil que vous nous réservez.

Ces réunions ont été l'occasion d'entendre au plus près vos préoccupations et vos demandes. Aussi, vous avez été nombreux à nous redemander les tarifs repères 2009 dits « *Tarifs Cibles* ». Pour mémoire, les tarifs repères résultent de l'application sur les tarifs bruts de certaines contraintes pour préserver les orientations des politiques de santé. Ces orientations politiques ont concerné en 2009 les activités suivantes : cancérologie, soins palliatifs, activités lourdes, périnatalité, et chirurgie ambulatoire. [En 2010, les contraintes ont été appliquées sur ces mêmes activités + AVC pour les établissements ex DGF]. Les tarifs bruts correspondent aux tarifs obtenus en respectant la hiérarchie des coûts issus de l'ENCC après ajustement de l'enveloppe à celle disponible dans le cadre de l'ONDAM hospitalier.

Nous avons demandé auprès de l'ATIH, les tarifs repères 2010. Dans l'attente, vous trouverez ci-joint les tarifs repères 2009.

- Virginie DUBOS [virginie.dubos.mco@fhp.fr] est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

5 MAI 2010

SANCTIONS FINANCIÈRES – L.162-22-18 CSS – CONTESTATION

Sans préjuger de vos choix stratégiques, ni des conseils qui pourront vous être donnés par vos avocats, nous tenons à vous tenir informés de l'intérêt accru de contester les sanctions qui pourraient vous être notifiées dans les mois qui viennent.

En effet, le TA de Dieppe, dans une ordonnance du 02 avril 2010 a favorablement accueilli la question préalable de constitutionnalité qui lui était posée dans le cadre d'un contentieux relatif à des sanctions financières notifiées à un établissement public de santé, sur le fondement de l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Le Conseil d'État a désormais trois mois à compter de la réception de la transmission pour se prononcer sur le renvoi de la question prioritaire de constitutionnalité au Conseil constitutionnel.

L'hypothèse d'une transmission au Conseil constitutionnel puis d'une annulation des dispositions de l'article L162-22-18 du code de la santé publique n'est pas certaine dans le cadre du litige sus évoqué. Il y a donc lieu de se montrer prudent. Néanmoins, il convient de savoir, que si le Conseil d'État renvoie la question au Conseil constitutionnel et que celui-ci annule les dispositions de l'article L.162-22-18 du code de la santé publique, toutes les sanctions financières seront annulables sauf si elles sont devenues définitives et n'ont pas fait l'objet d'une contestation.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

10 MAI 2010

GÉNÉRALISATION DE L'INDICATEUR IPAQSS SUR LES « RCP »

En octobre 2009, une dépêche vous annonçait que l'indicateur sur la participation aux Réunions de concertation pluridisciplinaire « RCP » serait, après expérimentation, généralisable et obligatoire au second semestre 2010 pour les établissements titulaires d'une autorisation pour l'activité de cancérologie.

La généralisation de cet indicateur, menée en collaboration avec l'INCa, qui a en validé la version finale est désormais effective.

Cet indicateur concerne la prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer. Devra alors être recherchée dans au minimum 60 dossiers des patients concernés, la trace d'une RCP :

- datée ;
- comportant une proposition de prise en charge ;
- réalisée par au moins 3 professionnels de spécialités différentes.

La période de recueil est fixée du 1^{er} juillet au 31 octobre 2010.

Le tirage au sort des dossiers sera effectué, comme pour les autres indicateurs IPAQSS, via le logiciel LOTAS sur les séjours réalisés au second semestre 2009.

La saisie des données s'effectuera via la plateforme QUALHAS.

Nous rappelons que la HAS, exige, par ailleurs, dans les critères de la certification V2010, dans le cadre des EPP, cette participation aux RCP. Le défaut de participation doit conduire la HAS à émettre une réserve.

Enfin, conformément aux critères définis par l'INCa, la RCP faisant partie des critères de qualité transversale exigibles pour recevoir une autorisation de traitement du cancer, l'objectif cible de cet indicateur est de 100 %.

DÉPÊCHES

La HAS va adresser ces jours prochains aux établissements concernés par ce nouvel indicateur : un courrier à la Direction ; un courrier au président de CME ; un courrier au médecin DIM.

Ces courriers devraient vous être adressés, par la HAS, au courriel que vous avez indiqué dans le cadre de votre procédure de certification. Compte-tenu des aléas liés à ce type d'envoi (adresse modifiée), nous vous conseillons, si vous ne recevez pas de mail dans les 15 jours prochains, de contacter le BAQIMEHP.

Vous pouvez télécharger ces courriers dans la présente dépêche. Ils seront sur le site de la HAS dans les 15 jours précédents la période de recueil.

Par ailleurs, comme nous vous l'avions également annoncé, un nouvel indicateur, optionnel, sur la conformité des demandes d'examens d'imagerie médicale à visée diagnostic, sera également à recueillir, durant la même période et pour les établissements qui le souhaitent. Dès que nous aurons de plus amples informations, nous vous les ferons connaître dans une nouvelle dépêche.

- Nous sommes, bien entendu à votre disposition et nous vous demandons de nous faire remonter toutes les difficultés que vous rencontrerez. Pour ce qui concerne les difficultés techniques, Laëtitia BUSCOZ du BAQIMEHP (info@baqimehp.com) est à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

12 MAI 2010

DOSSIERS D'ÉVALUATION – ACTIVITÉS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Par une dépêche du 30 mars dernier, nous avons attiré votre attention sur la nécessité de transmettre vos dossiers d'évaluation pour vos activités de médecine et de chirurgie (dont la chirurgie ambulatoire) à votre ARS, dans les 14 mois précédant l'échéance de vos autorisations.

Une parution à venir des projets de décrets qui viendront règlementer les activités de médecine et de chirurgie aurait dû vous épargner l'élaboration des dossiers d'évaluation.

Compte-tenu du retard supplémentaire pris dans la parution de ces décrets, nous vous recommandons avec insistance de procéder à l'élaboration de ces dossiers.

L'essentiel est d'adresser votre dossier dans les délais même si des compléments d'informations sont susceptibles de vous être demandés.

En effet, l'absence d'évaluation ou la réalisation des dossiers, sans utiliser les indicateurs d'évaluation portant sur les activités de soins ou sur les équipements matériels lourds (en principe) définis par arrêté du directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et publiés au plus tard six mois avant le dépôt de la demande de renouvellement, constitue un motif de refus d'autorisation.

Vous trouverez en annexe une note d'ordre général relative au contenu des dossiers d'évaluation, qui reprend les dispositions de l'article R.6122-32-2 du code de la santé publique.

L'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité et de la coordination des soins sur l'ensemble du territoire constitue une priorité des pouvoirs publics. Nous vous recommandons donc de présenter soigneusement les partenariats que vous avez passés avec d'autres acteurs de santé, vos modalités de participation à des actions de coopération, à des actions de santé publique ou encore à la télémédecine.

DÉPÊCHES

Vous trouverez également en annexe les courriers transmis récemment à madame la ministre de la santé ainsi qu'à Madame la Directrice Générale de la DGOS sur ce sujet. Nous y demandons la publication de ces décrets. Nous demandons également qu'une instruction soit donnée le plus rapidement possible aux ARS, afin que les établissements de santé de notre secteur ne soient pas pénalisés par un examen sévère des dossiers d'évaluation, alors même que la publication des décrets sera suivie de la révision des schémas régionaux d'organisation des soins puis des dépôts des demandes de dossiers selon les nouvelles normes.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

18 MAI 2010

2^E JT FHP-MCO CONSACRÉE AUX CONTRÔLES T2A ET AUX SANCTIONS FINANCIÈRES

La mise en œuvre par les pouvoirs publics de la législation afférente aux contrôles externes (ou encore contrôles T2A) de l'Assurance Maladie et aux sanctions financières n'est pas satisfaisante. Elle place les établissements de santé dans une situation d'insécurité juridique et financière. Le projet modificatif de ces textes actuels ne peut que renforcer nos inquiétudes et préoccupations.

La FHP-MCO a donc mis en place dès le début de l'année 2010 un plan d'action : mise en place d'un groupe de travail sous le Pilotage de Pascal Delubac (depuis février) afin de mutualiser les informations, de conseiller au mieux les adhérents et de constituer une banque de jurisprudence :

- dépêche du 05 mars 2010 reprenant la jurisprudence ;
- dépêche du 17 mars 2010 faisant état de notre rendez-vous avec Pierre Fender, directeur du contrôle contentieux et de la répression des fraudes de la CNAMTS ;
- dépêche du 17 avril 2010 faisant état de la première fiche technique du guide contrôle ;
- dépêche du 5 mai 2010 sur l'intérêt accru de contester devant le juge les sanctions financières (TA Rouen 6 avril 2010) ;
- dépêche à venir (en mai 2010) sur un complément de jurisprudence ;
- dépêche à venir (fin mai/juin 2010) sur la suite et la finalisation de l'élaboration du guide contrôle.

Par ailleurs, plusieurs délégations régionales de la FHP ont consacré une journée de formation à cette thématique.

Aussi, au regard de l'importance de cette problématique, nous vous proposons de participer le 16 juin 2010, à une JT consacrée aux contrôles T2A et aux sanctions financières.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

25 MAI 2010

RENOUVELLEMENT DES AUTORISATIONS EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE INSTRUCTION AUX DIRECTEURS D'ARS, DOSSIERS D'ÉVALUATION

Par une dépêche du 12 mai dernier, nous avons attiré une nouvelle fois votre attention sur la nécessité de transmettre vos dossiers d'évaluation pour vos activités

DÉPÊCHES

de médecine et de chirurgie à votre ARS, au plus tard 14 mois avant l'échéance de vos autorisations, c'est à dire au plus tard le 2 juin 2010.

Compte tenu de la parution annoncée depuis plusieurs mois des décrets relatifs aux activités de médecine et de chirurgie et des dispositions transitoires qu'ils doivent contenir, certaines ARS n'ont pas pris soin d'élaborer de dossier d'évaluation type en médecine et en chirurgie. D'autres ont élaboré des dossiers-types demandant des éléments non prévus par les textes réglementaires (description de l'activité, des effectifs, ...). À ce titre, nous vous rappelons que :

- les éléments que vous devez transmettre sont limitativement définis dans l'article R.6122-32-2 du code de la santé publique.
- le 1^{er} chapitre du dossier d'évaluation contient les résultats du dossier d'évaluation que vous avez présenté dans votre demande de renouvellement d'autorisation déposée en 2000 pour obtenir votre 1^{er} renouvellement de médecine et chirurgie.

De ce fait, nous vous invitons à être vigilants et à vous rapprocher de votre délégation régionale afin de clarifier la stratégie retenue en région (ou de la FHP-MCO), notamment sur les autorisations de chirurgie ambulatoire et/ou d'HTP Médecine, et ce, en particulier, si votre ARS venait à vous imposer un dossier d'évaluation plus lourd ou plus contraignant.

En parallèle, vous trouverez en annexe une trame type de dossier pour vous aider à élaborer ce document, celui-ci reprenant strictement la réglementation en vigueur. En outre, dans une instruction datée du 20 mai 2010, Madame la Directrice de la DGOS demande aux Directeurs d'ARS de rappeler aux établissements de santé que la date limite, résultant de la loi, à laquelle l'envoi du dossier ou le dépôt à l'agence doit être fait est celle du 2 juin 2010.

Cette instruction indique par ailleurs que les autorisations seront tacitement renouvelées en l'absence d'injonction motivée de la part des Directeurs d'ARS de déposer un dossier de renouvellement, au plus tard le 2 août 2010.

Compte tenu des délais très brefs qui leurs sont impartis, les ARS devront procéder à une lecture des dossiers faisant apparaître des « éléments significatifs d'éventuels dysfonctionnements » s'opposant à un renouvellement immédiat et tacite, ou encore « les situations dont le devenir, notamment au regard du schéma régional et d'une activité inférieure à 1000 séjours chirurgicaux, appelle un regard plus approfondi ». Dans ces cas, une mesure d'injonction pour déposer un dossier de renouvellement d'autorisation dans le délai de 6 mois pourra être prise.

Les « éléments critiques » sur lesquels portera l'examen des dossiers concernent la réalisation des objectifs de mise en œuvre des SROS et de ceux du CPOM, l'exécution des conditions particulières dont l'autorisation est éventuellement assortie, ainsi que l'importance des modifications que vous envisagez pour la période de validité future, qu'il convient d'apprécier au regard des orientations et des objectifs de santé définis par le SROS.

Si vous avez une activité inférieure à 1000 séjours chirurgicaux, n'hésitez pas à nous solliciter, afin d'avoir un suivi national ciblé. En effet, ce critère d'analyse fixé par cette instruction DGOS n'a aucun fondement réglementaire. Il ne peut donc être opposable aux établissements !

Vous trouverez cette instruction de la DGOS en pièce jointe, ainsi que la trame de dossier évoquée plus haut.

- Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

25 MAI 2010

CAMPAGNE ENFANCE ET PREMIERS SECOURS

Le séminaire de réflexion stratégique conduit les 14 et 15 avril derniers par le Conseil d'Administration de la FHP-MCO a permis de mettre en avant les valeurs défendues par l'Hospitalisation Privée : les valeurs humaines et le respect de la personne, la qualité et la sécurité des soins, la responsabilité de nos engagements et la préoccupation de l'efficience.

Dans ce cadre, la Mission de l'Hospitalisation Privée que la FHP-MCO défend, est articulée autour des trois thèmes suivants :

- assurer l'accueil de tous, l'accessibilité, l'accompagnement,
- être un acteur de santé public,
- conduire des actions de prévention et d'éducation.

Sans attendre, la mise en œuvre de ce troisième axe nous conduit à vous présenter la Campagne « Enfance et Premiers Secours » réalisée avec le concours du SAMU de Paris et la Croix-Rouge Française, et de notre syndicat FHP MCO. Le principe de cette démarche a été présentée en Commission Naissance FHP-MCO.

Cette campagne a pour vocation de sensibiliser et former le plus grand nombre de jeunes parents à l'importance de la prévention des accidents de la vie courante et des gestes de premiers secours pédiatriques.

Savez-vous que 300 000 enfants de moins 5 ans sont victimes chaque année de ces accidents qui restent la 1^{ère} cause de mortalité sur cette tranche d'âge ? On estime qu'au moins 50 % de ces accidents pourraient être évités sous réserve d'une bonne information auprès des parents.

Aussi, nous sommes convaincus que nos maternités peuvent jouer un rôle déterminant dans cette démarche d'intérêt général, en s'associant à cette campagne qui, de plus, présente d'évidents avantages pour les établissements :

- sensibiliser et former le plus grand nombre de parents à l'importance de la prévention et des gestes de premiers secours pédiatriques ;
- offrir un service « PLU » à vos jeunes mamans ;
- valoriser votre maternité en termes d'image ;
- communiquer efficacement auprès des jeunes parents et des médias locaux ;
- procurer éventuellement à votre établissement des revenus complémentaires.

Si vous souhaitez associer votre établissement à cette démarche, nous vous invitons à retourner à la Direction de la campagne « Enfance et premiers secours » le bulletin réponse ci-joint dûment complété par fax au 01 53 80 94 81. [En téléchargement sur www.protegepersonnenfant.com/fhp/cliniques/buttetin.pdf].

Pour de plus amples renseignements, vous pouvez nous contacter par email à maternite@campagne-enfance.com ou par téléphone au 06 30 93 20 72. Les modalités sont détaillées dans la fiche technique ci-jointe.

Vous recevrez dans les prochains jours un exemplaire « type » du pack (ouvrage + DVD). Il s'agit d'un exemple de ce qui a été réalisé avec la Mutualité. Les pages réservées à la mutualité seront intégralement remplacées par des pages réservées à la FHP-MCO et à la valorisation de notre profession.

J'ajoute que nous avons une exclusivité de 12 mois sur cette campagne. Les autres fédérations ne pourront conduire une opération similaire pendant cette durée.

28 MAI 2010

QUESTION PRÉALABLE DE CONSTITUTIONNALITÉ L 162-22-18 CSS

Dans une dépêche du 5 mai dernier, nous avons attiré votre attention sur l'intérêt accru de contester devant les juridictions administratives les sanctions financières qui pourraient vous être notifiées dans les mois qui viennent : le 2 avril dernier, le TA de Rouen a accueilli favorablement la question préalable de constitutionnalité qui lui était posée dans le cadre d'un contentieux relatif à des sanctions financières notifiées à un établissement public de santé, sur le fondement de l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Le dossier a été transmis au Conseil d'État qui rendra sa décision dans les jours qui viennent. Le Conseiller rapporteur a cependant conclu au refus du renvoi devant le Conseil constitutionnel, considérant que l'article L162-22-18 ne porte pas atteinte aux droits et libertés que garantit notre constitution.

Les juridictions administratives devraient donc reprendre l'instruction des dossiers selon la procédure applicable.

La question est de savoir si la question prioritaire de constitutionnalité pourra être à nouveau soulevée devant les juridictions administratives en développant des moyens nouveaux.

Rien ne s'y oppose en droit. Cependant, il est probable que les juridictions se retrancheront derrière la position du Conseil d'État.

► Si cette option était celle retenue par votre établissement, Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition et à celle de vos conseils pour vous transmettre : l'ordonnance rendue par le TA de Rouen le 2 avril dernier ; l'expertise d'un professeur de droit constitutionnel, présentée sous forme de requête, dont les moyens sont complémentaires de ceux soulevés devant le TA de Rouen.

2 JUIN 2010

AUTORISATION DES ACTIVITÉS DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Le 27 avril dernier, dans notre dépêche sur les activités de cardiologie interventionnelle, nous évoquons le régime d'autorisation de ces activités.

Les décrets n°2009-409 et n° 2009-410 du 14 avril 2009 respectivement relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement des activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie, sont venus soumettre cette activité à un régime d'autorisation.

L'arrêté du même jour fixe un nombre minimal annuel d'actes qui doit être réalisé pour obtenir l'autorisation.

Une circulaire du 12 août 2009 n°279 précise les modalités d'application de ces dispositions.

Vous trouverez en PJ, pour rappel, une synthèse de cette réglementation.

Les demandes d'autorisation doivent être adressées sous pli recommandé avec accusé de réception au directeur Général de l'ARS. Les demandes ne peuvent être reçues que durant des périodes et selon des calendriers déterminés par Arrêté du directeur Général de l'ARS.

À savoir que, comme évoqué dans notre précédente dépêche, les SROS doivent être

DÉPÊCHES

révisés dans un délai de douze mois à compter de la date de publication du décret n°2009-409

La révision du volet SROS dédié à la cardiologie interventionnelle a dû intervenir au plus tard le 16 avril 2010 dans les régions.

La période de dépôt des demandes d'autorisation doit, quant à elle, être ouverte dans les deux mois suivant la publication des SROS révisés. Cette période, si elle n'est pas en cours, doit donc être ouverte au plus tard le 16 juin 2010 pour une durée minimale de deux mois.

La décision de l'ARS concernant l'autorisation est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois à compter de la date d'expiration de la période de réception des demandes.

Les demandes d'autorisation ne seront examinées que si elles sont accompagnées d'un dossier justificatif complet. Le dossier sera réputé complet si, dans un délai d'un mois à compter de sa réception, le directeur Général de l'ARS n'a pas fait connaître à l'établissement la liste des pièces manquantes ou incomplètes.

La FHP-MCO souhaite vous accompagner dans votre démarche en vous proposant un dossier type de demande d'autorisation que vous trouverez en PJ.

► Fatiha ATOUF (fatiha.atouf.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

3 JUIN 2010

CAMPAGNE DE MOBILISATION DES PARLEMENTAIRES

Un groupe de travail, composé de l'ensemble des Fédérations hospitalières (FHP, FHF, FEHAP, FNCLCC), s'est réuni depuis plusieurs mois, avec pour objectif la création d'un Indice Santé Hospitalier (ISH). Celui-ci mesure l'évolution des charges des établissements. Il doit permettre aux autorités publiques d'arbitrer, en matière de santé publique et de manière éclairée, sur la base de données sérieuses.

À la fin de l'année, une Proposition de loi (PPL N°2106) a été enregistrée à la présidence de l'Assemblée Nationale allant en ce sens. Elle a été signée par 44 Députés dont les noms peuvent être consultés dans notre liste en PJ ou sur le site de l'Assemblée nationale (<http://www.assemblee-nationale.fr>).

L'enjeu de cette création est considérable. Il nous faut donc amplifier le soutien à cette proposition. C'est pourquoi, il vous est demandé de solliciter les parlementaires de votre département, afin qu'ils cosignent et reprennent ce texte à leur compte. Il vous est conseillé de solliciter un rendez-vous à ce sujet.

Ainsi, fort d'un large soutien, la création de l'ISH pourra être inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale, ou bien défendue à l'occasion d'une discussion portant sur la santé publique ou du PLFSS.

7 JUIN 2010

PRÉPAREZ VOS CONTRÔLES EXTERNES À L'AIDE DE DALIA®

Les enjeux des contrôles T2A et des sanctions financières sont tels qu'il est aujourd'hui essentiel de conduire une démarche d'anticipation de ces procédures tout en adoptant une attitude transparente vis-à-vis des médecins-conseils, faisant ainsi valoir notre bonne foi. Il s'agit ainsi de prévenir tout débat inutile avec les tutelles et préparer au mieux vos dossiers.

Je vous rappelle qu'il existe des outils distribués par les services de l'ATIH.

Le logiciel DALIA® est un outil d'aide à l'analyse intra établissement de la qualité des informations du PMSI dans les fichiers RSS.

DÉPÊCHES

Il présente l'avantage de reprendre l'ensemble des tests du tableau DATIM disponible sur la plateforme e-PMSI, analysés par les médecins contrôleurs, dans le but de détecter notamment les atypies.

L'atout principal du logiciel DALIA® étant de vous permettre de contrôler vos RSS en interne avant d'effectuer le traitement et la transmission des données sur la plateforme e-PMSI, il vous permet ainsi de mieux préparer les contrôles à venir.

Le coût d'achat de ce logiciel est de 466 € HT. Pour vous le procurer, il vous suffit de retourner à l'ATIH le contrat d'utilisation que vous pouvez télécharger à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr>.

L'ATIH vous transmettra alors dès réception vos codes d'accès pour télécharger le logiciel et ses mises à jour.

- Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

8 JUIN 2010

CONTRÔLE DE LA FACTURATION

Nous tenons à porter à votre connaissance que le service du contrôle et de la répression des fraudes de la CNAMTS va lancer dans les prochaines semaines et mois à venir une campagne visant à cibler les situations où la carte vitale des patients serait utilisée en pharmacie de ville pendant la durée du séjour d'hospitalisation. De plus, il ressort d'ores et déjà que des établissements en cours de contrôle seraient sur le point d'être sanctionnés.

Nous rappelons que toute utilisation de la carte vitale des patients en pharmacie de ville est strictement interdite pendant leur séjour d'hospitalisation. L'ensemble des prestations de soins nécessaires pendant l'hospitalisation est couvert par les éléments figurant obligatoirement sur le Bordereau S3404, et notamment tous les médicaments et dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste LPP.

Nous tenions à vous alerter sur cette affaire pouvant conduire à des situations conflictuelles avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

- Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) et Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

8 JUIN 2010

CIRCULAIRE N°DGOS/R1/DSS/2010/177 DU 31 MAI 2010 RELATIVE À LA CAMPAGNE TARIFAIRE 2010 DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Avec près de 3 mois de retard, la 1^{ère} circulaire budgétaire 2010 est enfin publiée et vient confirmer le contenu des dépêches envoyées en début d'année. Cependant, nous souhaitons attirer votre attention sur certains points.

Les dotations MIGAC ont évoluées de +2,83% en 2010 ce qui représente une enveloppe de 8,172 milliards d'€. Si les tendances passées révèlent que le secteur privé n'obtient chaque année que 1% de cette enveloppe, la circulaire budgétaire 2010

est marquée par une volonté de transparence et d'efficience, mais également de contrôle dans l'attribution de ces financements.

Il est en effet précisé que chaque MIG doit être contractualisée, en respectant les modélisations de financements décrites dans le guide de contractualisation et notamment, pour un montant fixé annuellement, avec une description des moyens de mise en œuvre, des objectifs de qualité et des indicateurs de résultats attendus qui doivent être fixés, et les résultats évalués.

Focus sur le Financement de la précarité. La MIG précarité bénéficie également d'une plus grande transparence dans les modalités d'octroi du financement communes aux deux secteurs. Divisée en 2 sous enveloppes (une pour les établissements Ex DG, l'autre pour les établissements Ex-OQN et qui s'élève à 7 M€), les établissements éligibles sont ceux dont le taux de patients CMU/CMUC/AME/AMESU est supérieur ou égal à 10,5 %. Le montant minimum de la MIG est fixé à 40 000 €. Concernant les aides à la contractualisation (AC), il est rappelé que ces subventions doivent être utilisées strictement à titre non reconductible et que ces financements doivent être alloués en vue de l'amélioration de la prise en charge du patient. Cette première circulaire budgétaire délègue 71 % des mesures nouvelles en dotations allouées dans le cadre de la campagne tarifaire 2010.

Enfin, il est demandé aux ARS « d'arrêter dès que possible les dotations de financement des MIGAC à un niveau suffisant pour permettre aux établissements d'assurer leur activité prévisible dans les meilleures conditions ». Aucune référence n'est faite à la situation des établissements Ex-POSU, mais nous savons que des consignes complémentaires ont été transmises aux ARS afin de poursuivre les actions passées. Nous invitons les établissements concernés à se rapprocher de leur ARS dans les meilleurs délais.

9 JUIN 2010

CIRCULAIRE N°DGOS/R1/DSS/2010/177 DU 31 MAI 2010 RELATIVE À LA CAMPAGNE TARIFAIRE 2010 DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Avec près de 3 mois de retard, la 1^{re} circulaire budgétaire 2010 est enfin publiée et vient confirmer le contenu des dépêches envoyées en début d'année. Cependant, nous souhaitons attirer votre attention sur certains points.

En complément de la dépêche portant sur les MIGAC, la circulaire budgétaire du 31 mai 2010, nous apporte également quelques précisions relatives à la facturation et aux préconisations faites aux ARS.

En effet, il est indiqué qu'une attention particulière sera réalisée sur le respect de l'évolution des volumes, conformément aux OQOS. Sont pointées du doigt, les hospitalisations évitables, et la pertinence des actes. Des sanctions seront appliquées en cas de non respect des OQOS.

Concernant les prescriptions de transport sanitaire, conformément à l'article 45 de la LFSS pour 2010, un taux annuel d'évolution des prescriptions par les établissements doit être mis en place. Le non respect de ce taux donnera lieu à des sanctions financières. Une circulaire d'application de ces mesures sera publiée une fois le taux annuel d'évolution arrêté. Sur ce sujet, nous vous rappelons que nous nous sommes opposés dès début 2009 à la prolongation de l'accord signé en 2006.

De même, le taux d'évolution des prescriptions des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation a été fixé à 8 % pour l'année 2010. (Pour rappel ce taux était de 10 % en 2009).

Une circulaire est à paraître visant à effectuer un bilan de l'année 2009 et le cadre du suivi de l'évolution pour 2010.

Enfin, concernant le calibrage du Forfait annuel urgences 2010 (FAU), comme annoncé par l'arrêté tarifaire du 27 février 2010, le FAU 2010 sera calibré sur la base de l'ensemble des ATU facturés, ce qui comprend les ATU facturés à l'assurance maladie ainsi les ATU facturés pour la prise en charge des patients relevant de l'AME ou sous convention internationale.

Il est donc bien précisé que le « périmètre » des ATU à prendre en compte pour calibrer le FAU 2010 est étendu à l'ensemble des ATU facturés (Assurance maladie, AME, et convention internationale).

Sur ce sujet, en raison de nombreuses questions, nous vous rappelons que depuis le 1^{er} mars 2008, les ATU donnent lieu à la production d'un RSF.

La production de ces RSF est essentielle car ces données sont ensuite retranscrites dans les tableaux MAT2A, sur lesquels se basent les ARS pour calibrer les FAU. Pour consulter les modalités de codage : www.atih.sante.fr.

Nous vous recommandons donc d'être attentifs sur le dénombrement de vos ATU et vous invitons le cas échéant à vous retourner vers votre ARS.

► Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

9 JUIN 2010

QUESTION PRIORITAIRE DE CONSTITUTIONNALITÉ L 162-22-18 DU CSS

Refus du Conseil d'État de transmettre la question au Conseil constitutionnel

Dans une dépêche du 28 mai dernier, nous avons attiré votre attention sur le refus s'annonçant probable de la part du Conseil d'État, de transmettre au Conseil constitutionnel une question prioritaire de constitutionnalité sur l'article L.162-22-18 du Code de la sécurité sociale.

La décision motivée du Conseil d'État, qui considère en effet que les dispositions de cet article ne portent pas atteinte aux droits et libertés que garantit notre Constitution, figure en annexe à la présente dépêche.

Le Conseil d'État estime que la question prioritaire tirée de la méconnaissance, par les dispositions de l'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale, des principes de légalité des délits et des peines, de nécessité et de proportionnalité des peines, de présomption d'innocence, et de respect des droits de la défense, ne présentait pas de caractère sérieux.

Le refus par le Conseil d'État de saisir le Conseil constitutionnel n'est susceptible d'aucun recours.

Néanmoins, en droit, rien ne s'oppose à ce que la question prioritaire de constitutionnalité soit à nouveau soulevée devant les juridictions administratives en s'appuyant sur des moyens nouveaux.

► Si tel était votre choix, nous vous rappelons que Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour vous transmettre l'expertise d'un professeur de droit constitutionnel, présentée sous forme de requête, dont certains moyens sont complémentaires de ceux soulevés devant le TA de Rouen.

10 JUIN 2010

ENQUÊTE DES ARS SUR L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DE SOINS

Les ARS lancent actuellement une enquête adressée aux établissements portant sur l'organisation de la Permanence de Soins. Ce questionnaire n'a fait l'objet d'aucune information ou concertation préalable ni avec la FHP-MCO, ni avec les syndicats médicaux. Vous trouverez ci-joint la lettre du président de l'UMESPE, le Dr Jean-François Rey.

Nous accompagnerons prochainement les syndicats médicaux lors d'un rendez-vous à venir avec le directeur de Cabinet de madame la ministre Roselyne Bachelot-Narquin.

Les enjeux de la Permanence de soins sont importants et impacteront la construction en cours des réseaux des urgences ainsi que les nouvelles autorisations de services d'urgences à venir.

Nous vous demandons de ne pas donner suite, temporairement, à cette enquête.

Nous ne manquerons pas de revenir vers vous dès que nous serons en possession d'informations complémentaires.

11 JUIN 2010

APPEL À PROJETS - DGS PRÉVENTION DES ADDICTIONS DE LA FEMME ET DE SON CONJOINT LORS DE LA GROSSESSE

Un appel à projets concourant à la prévention des conduites addictives de la femme et de son conjoint lors de la grossesse vient d'être lancé par le ministère de la Santé (DGS).

Nous vous encourageons à mettre en valeur vos actions et vos initiatives parfois mal connues des pouvoirs publics, en présentant un dossier de candidature sous forme électronique avant le 30 juin 2010, 17h00, à la DGS à l'adresse mail suivante: DGS-AAP-GROSSESSE-ADDICTIONS@sante.gouv.fr.

Les projets retenus bénéficieront pour un an d'un soutien financier de la DGS, qui ne pourra néanmoins excéder 80 % du montant global de l'action. Pour faciliter l'analyse des dossiers des candidats, il conviendra de compléter le formulaire Cerfa 12156*03 si vous entendez demander une subvention. Le dossier de présentation de cet appel à projets figure à l'adresse suivante : <http://www.sante-sports.gouv.fr>. Vous y trouverez des conseils sur la manière de compléter les dossiers ainsi que sur le contenu des projets qui pourront être composés de différents volets et être portés conjointement par plusieurs acteurs. Ils devront par ailleurs comporter des indicateurs d'évaluation.

- les addictions : sont concernées les addictions au tabac, à l'alcool, mais aussi les autres consommations et les poly-consommations ;
- les actions : vous pouvez présenter toute action de prévention des conduites addictives chez la femme enceinte et son entourage et en particulier son conjoint, ainsi que des actions permettant de mieux connaître les mécanismes d'addiction pendant la grossesse et d'y remédier.

Les pouvoirs publics mettent l'accent sur des orientations particulières : la prise en compte des inégalités de santé dans l'abord du tabagisme de la femme enceinte ; la prévention de la consommation d'alcool ; les actions incluant spécifiquement l'entourage de la femme enceinte ; les poly-consommations.

► Chloé TEILLARD, (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

18 JUIN 2010

SOUTIEN À LA POLYCLINIQUE NOTRE DAME DE DRAGUIGNAN

Comme vous le savez, des pluies diluviennes se sont abattues mardi sur la région de Draguignan. Le bilan était hier lourd : 25 morts et encore 94 000 foyers privés d'électricité. Le bilan de la Polyclinique Notre Dame (groupe Vitalia) située à Draguignan est désastreux : l'établissement a été entièrement évacué et les patients transférés vers les établissements les plus proches, notamment vers la Clinique Les Lauriers à Fréjus. Le rez-de-chaussée où se trouve le bloc chirurgical a été, avec 1,80m d'eau, totalement dévasté, ainsi que le service de radiologie équipé d'un tout nouveau scanner 64 barrettes. Un fond Vitalia de solidarité a été mis en place immédiatement pour les salariés. La FHP-MCO souhaite assurer de tout son soutien l'ensemble des personnels, praticiens et la direction de l'établissement. La FHP-MCO se met à la disposition de la direction de la Polyclinique Notre Dame pour l'accompagnement dont elle aura besoin.

20 JUIN 2010

ÉTUDE CTC CONSEIL : OBSERVATOIRE ÉCONOMIQUE ET FINANCIER 2010

La FHP-MCO est engagée dans une stratégie de combat portant sur une revendication claire : le tarif unique entre le secteur public et privé.

Notre action trouve en particulier son fondement dans les difficultés financières actuelles de nos établissements que reflète chaque année « L'Observatoire économique et financier MCO » réalisé par le cabinet CTC Conseil.

La participation de votre établissement ou de votre groupe à cette étude est indispensable afin de donner une image représentative de la situation réelle de notre secteur. Je vous remercie par avance de donner suite à cette enquête conduite depuis près de 20 ans par CTC Conseil, à qui la FHP-MCO a chargé de collecter les données et d'en garantir l'anonymat. Il est important qu'un nombre considérable d'établissements fournisse les éléments nécessaires à ce cabinet. La mobilisation de tous est nécessaire et je sais pouvoir compter sur votre engagement.

21 JUIN 2010

RENCONTRE AVEC LES ASSOCIATIONS D'USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le 6 mai dernier, une réunion de travail a réuni les représentants nationaux d'associations d'usagers du système de santé et la FHP-MCO.

Nous avons pu rencontrer et débattre avec une vingtaine d'associations reconnues d'utilité publique. Les sujets d'échange n'ont pas manqué : la qualité de la prise en charge, le libre choix du patient, la transparence des pratiques ou encore la question des dépassements d'honoraires. Cette réunion a également été l'occasion

DÉPÊCHES

de nous faire connaître et de présenter l'hospitalisation privée. Notre démarche a été particulièrement bien accueillie par les représentants des usagers. À la suite de cette réunion, plusieurs rendez-vous ont ainsi été pris afin de réfléchir à des collaborations ou partenariats entre les établissements privés et les associations d'usagers.

Par ailleurs, lors de cette réunion, il a été confirmé qu'une Journée thématique « Congrès des usagers » se tiendra le mardi 14 septembre 2010 à Paris. Seront notamment abordés les thèmes suivants : présentation de l'hospitalisation privée, accessibilité des cliniques et hôpitaux privés, dépassements d'honoraires, rôle et missions des représentants d'usagers, place des usagers dans les établissements privés et qualité de la prise en charge.

Le programme complet ainsi que le bulletin d'inscription vous seront adressés dans les prochaines semaines. Vous pouvez d'ores et déjà informer vos représentants d'usagers de vos CRUQPC de la tenue de cette journée.

► Fatiha ATOUF (fatiha.atouf.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

24 JUIN 2010

NOUVELLE CIRCULAIRE FRONTIÈRE

Instruction N°DGOS/R2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée, ainsi que pour les prises en charge dans une UHCD.

Une mise à jour de la circulaire du 31 août 2006 dite « Circulaire frontière » vient d'être publiée. Son évolution a été rendue nécessaire en raison des changements introduits par les différentes campagnes tarifaires depuis 2007, avec notamment la création des forfaits « Sécurité environnement » (SE), ainsi que par les remarques apportées par les différentes fédérations représentant les établissements de santé, dont la FHP-MCO.

D'une part, il est précisé, que les prises en charge de moins d'une journée autorisant la facturation d'un GHS sont celles nécessitant, pour des raisons de sécurité liées à la pratique d'actes, un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie, et justifiant le recours à une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin. À noter que les séances (CMD 28) ne font pas partie du champ de la circulaire frontière. Des exemples de prises en charge de moins d'une journée autorisant la facturation d'un GHS ont été précisés.

Ainsi, tous les actes qui acceptent un code activité 4, réalisés avec une anesthésie générale ou locorégionale, qu'ils soient programmés ou non, autorisent la facturation d'un GHS, [chirurgie de la main]. Sont également concernés les actes qui acceptent un code activité 4 pour lesquels une anesthésie n'est pas forcément requise mais nécessitent l'utilisation d'un plateau technique, [coronarographies].

D'autre part, la création du forfait SE en 2007 qui implique que tout acte inscrit sur les listes du forfait SE et réalisé seul et sans anesthésie autre que locale au cours d'une prise en charge de moins d'une journée ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS, est à moduler si le patient présente un terrain à risque justifiant une hospitalisation. Dans tous les cas, la bonne tenue du dossier patient est primordiale, tous les éléments permettant de justifier le bien fondé de l'hospitalisation (GHS) doivent être présents.

La circulaire étant riche d'exemples, nous vous invitons fortement à en prendre connaissance.

► Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

25 JUIN 2010

HONORAIRES ET SALARIAT DES MÉDECINS

La loi HPST a permis de prévoir la récupération des honoraires lorsque le médecin est salarié au sein de nos établissements. En effet, par dérogation aux dispositions de l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale et de l'article L.4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au « d » de l'article L.162-22-6 emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L.162-1-7 et L.162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.

Ce texte déroge donc aux principes d'exercice de la médecine libérale et aux modalités de paiement des honoraires.

La circulaire d'application vient d'être publiée par la CNAMTS.

Le champ d'application mis en œuvre concerne exclusivement l'activité MCO. Les dispositifs en soins de suite et psychiatrie ne sont pas remis en cause par la présente circulaire CNAMTS. Une expérimentation va débiter en SSR.

Les éléments du dispositif peuvent être résumés de façon suivante :

Quels sont les médecins concernés ?

Les médecins généralistes ou spécialistes ayant choisi le mode d'exercice salarié pour exercer dans l'établissement, ce qui implique :

- pas de dépassement d'honoraires ;
- pas de perception directe de rémunération auprès du patient ;
- assurer la bonne tenue du dossier médical du patient.

Tous les actes cliniques et techniques en relation avec des prestations d'hospitalisation et des soins sont visés, c'est à dire :

- les actes réalisés (y compris C o,8) pendant un séjour ou à l'occasion de soins, avec ou sans hébergement, en relation avec les prestations d'hospitalisation GHS, GHT ou D (traitement IRC en forfait). Ces actes sont exécutés à partir de l'admission du patient et pendant la durée de l'hospitalisation ;
- les actes réalisés à l'occasion de soins non suivis d'hospitalisation en relation avec les prestations d'hospitalisation ATU, FFM, SE ;
- le cas échéant, l'application des modificateurs CCAM est prévue en relation avec des prestations d'hospitalisation.

Ainsi, l'activité hospitalière à temps complet ou à temps partiel (chirurgie ambulatoire, ...) de tous les praticiens qu'ils soient médecins généralistes ou internistes, chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens, pédiatres, etc. est éligible à ce dispositif.

Le dispositif ne permet pas la facturation d'actes isolés qui ne seraient pas en relation avec des prestations d'hospitalisation (en lien avec les autorisations d'activité de soins), c'est-à-dire en l'absence de GHS, GHT, forfait en D, ATU, FFM, ou SE. De ce fait, le seul support de facturation est le bordereau S3404.

L'identification du praticien salarié nécessite de mettre à disposition des caisses des données (diplôme et spécialité). Toutes les informations sont à communiquer au démarrage de ce dispositif et pour tout changement conformément à l'annexe 1 de ladite circulaire. Les médecins peuvent cumuler le double statut : salarié et libéral.

Quels sont les établissements concernés ?

- les établissements « ex-00 » visés au d) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale sont concernés ;
- ce dispositif porte sur les activités de soins autorisées à l'établissement de court séjour (MCO) par l'ARS – R 6122-25 du code de la santé publique ;

DÉPÊCHES

- le directeur de l'établissement est signataire du S 3404 pour les honoraires du médecin salarié figurant en partie basse du bordereau de facturation.

Calendrier : le dispositif est immédiatement opérationnel.

Recommandations sur les arriérés :

- la régularisation de paiements au titre de l'activité exercée depuis le 23 juillet 2009 est possible ;
 - l'annexe 2 précise les instructions relatives aux modalités de régularisation.
- Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) et Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

2 JUILLET 2010

RETOUR SUR LA 2E JT FHP-MCO CONSACRÉE AUX CONTRÔLES T2A ET AUX SANCTIONS FINANCIÈRES

Le 16 juin dernier s'est tenue la 2ème JT FHP-MCO consacrée aux contrôles T2A et aux sanctions financières. Nous vous remercions sincèrement d'y avoir largement participé : plus de 120 participants !

Nous espérons que cette journée a répondu à vos attentes.

Pour celles et ceux qui n'ont pas été en mesure d'être parmi nous, des annales vous seront transmises dans les prochaines semaines.

En attendant cette diffusion, vous trouverez annexés à la présente dépêche, les supports « power point » des interventions du Dr. Pierre Fender, [directeur du contrôle contentieux et de la répression des fraudes de la CNAMTS], de M. Thomas Fatome [directeur-adjoint à la DSS], des Dr. Marie-Paule Chariot, Jérôme Fernandes et Hervé Vansteene, qui nous ont fait le plaisir de participer activement à cette journée, ainsi que nos avocats-conseils, maître Sophie Homburg, Maître François Musset et Maître Anne-Sophie Moulin.

- Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

5 JUILLET 2010

CONGRÈS FHP-MCO CONSACRÉ AUX REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Le 6 mai dernier, nous avons rencontré lors d'une réunion de travail organisée par la FHP-MCO les représentants d'associations d'usagers. La richesse des débats, lors de cette réunion, a conforté l'idée de la nécessité de l'organisation d'un Congrès à l'attention de l'ensemble des associations de patients sur le territoire.

Nous avons donc le plaisir de vous convier au

Congrès de la FHP-MCO consacré aux représentants des usagers qui se tiendra le mardi 14 septembre 2010 de 9h30 à 17h00 à la Maison des Arts et Métiers, Paris 16e

Seront notamment abordés les thèmes suivants : l'accessibilité des cliniques et hôpitaux privés, les dépassements d'honoraires, la formation des représentants d'usagers, la place des usagers dans les établissements privés et la qualité de la prise en charge. Nous ferons référence également aux expériences étrangères.

Un courrier adressé à tous vos représentants de CRUQPC est parti vendredi dernier et nous vous remercions de bien vouloir relayer l'information auprès des intéressés dans votre établissement.

7 JUILLET 2010

AUTORISATION DES ACTIVITÉS DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Vous êtes nombreux à nous solliciter concernant l'ouverture des fenêtres de dépôt des demandes d'autorisation pour l'activité de cardiologie interventionnelle.

Le décret n°2009-409 prévoit que les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) en vigueur à la date de la publication du décret doivent être révisés dans un délai de douze mois à compter de cette date afin de prendre en compte les activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie.

La révision du volet SROS dédié à la cardiologie interventionnelle doit donc intervenir au plus tard le 16 avril 2010.

La période de dépôt des demandes d'autorisation doit, quant à elle, être ouverte dans les deux mois suivant la publication des SROS révisés, soit au plus tard le 16 juin 2010.

Si, pour la plupart des régions, la période de dépôt est ouverte, pour d'autres (Midi-Pyrénées, Île-de-France...), cette période n'est pas encore déterminée.

Ce non respect des délais réglementaires par l'ARS est-il susceptible d'affaiblir juridiquement le SROS ?

En même temps qu'elle pose des délais pour les tutelles, la réglementation prévoit que les demandes d'autorisation ne peuvent être reçues que durant des périodes et selon des calendriers déterminés par Arrêté du directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (Article R6122-29 CSP), ce qui donne les pleins pouvoirs au directeur de l'ARS dans la détermination de la fenêtre de dépôt des demandes d'autorisation.

Ces délais semblent donc être donnés à titre indicatif et dans l'intérêt d'une bonne administration. Leur non respect n'est dans la réglementation assorti d'aucune sanction et n'est donc à priori pas susceptible, à lui seul, de faire annuler le SROS. Nous souhaitons également vous apporter des précisions sur les actes de cardiologie interventionnels qui sont soumis à autorisation.

La procédure d'autorisation vise uniquement les activités interventionnelles et exclut tous les actes de diagnostic. Cette procédure est également limitée aux activités les plus complexes. Les actes simples comme la pose des stimulateurs simples (mono et double chambre) ou la stimulation cardiaque dite classique restent maintenus dans le cadre de l'autorisation de médecine.

L'autorisation concerne donc 3 types d'actes :

- les actes électro physiologiques de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi sites et de défibrillation, y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme ;
- les actes portant sur les cardiopathies de l'enfant y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales, à l'exclusion des actes réalisés en urgence ;
- les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte.

Pour chacun des trois types d'actes, un seuil annuel de référence comprenant tout ou partie des actes concernés a été adopté :

- 50 ablations endocavitaires autres que la jonction atrio-ventriculaire pour les actes d'électrophysiologie (de rythmologie interventionnelle, de stimulation multi sites, de défibrillation y compris la pose de dispositifs de prévention de la mortalité liée à des troubles du rythme) ;

DÉPÊCHES

- 40 actes de cathétérisme interventionnel portant sur les cardiopathies de l'enfant, y compris les éventuelles ré interventions à l'âge adulte sur les cardiopathies congénitales. Au moins la moitié du nombre minimal annuel d'actes est réalisé sur les enfants.
- 350 actes d'angioplastie coronarienne pour les actes portant sur les autres cardiopathies de l'adulte que les actes électro physiologiques.

L'annexe 1 de la circulaire n°279 du 12 août 2009 précise la liste des actes à prendre en compte pour le calcul des seuils et donne aussi la liste des actes relevant de chacun des trois types d'actes. La DGOS, nous a apporté la confirmation que cette liste doit être modifiée en fonction de la dernière actualisation de la CCAM dans sa version 17.

Par ailleurs, les contours de l'activité de cardiologie interventionnelle ne se limitent pas aux actes soumis à seuils. Par conséquent, bien qu'un acte relevant de la cardiologie interventionnelle ne soit pas pris en compte pour le calcul des seuils, pour pouvoir le pratiquer, l'établissement doit tout de même être détenteur de l'autorisation de l'activité de cardiologie interventionnelle (exemple : le repositionnement d'une sonde définitive de stimulation intracardiaque DEEF001 n'est pas pris en compte pour le calcul des seuils mais l'établissement doit être en possession de l'autorisation de cardiologie interventionnelle pour l'exercer).

- ▶ Fatiha ATOUF [fatiha.atouf.mco@fhp.fr] est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

12 JUILLET 2010

RÉSULTATS DES INDICATEURS IPAQSS-MCO

Comme cela était prévu, les résultats du second recueil des indicateurs IPAQSS-MCO sont publiés, pour chaque établissement sur le site Platines.

Il ressort de l'analyse faite par le BAQIMEHP dans la fiche technique jointe, que de réels progrès ont été réalisés par rapport à l'année précédente. Ainsi, l'hospitalisation privée, pour les 5 indicateurs publiés, a progressé de :

- 9 points sur l'indicateur Tenue du Dossier Patient ;
- 11 points sur l'indicateur Délai d'Envoi du Courrier de fin d'hospitalisation (niveau 2) ;
- 14 points sur la Traçabilité de l'Evaluation de la Douleur ;
- 27 points sur l'indicateur Dépistage des Troubles Nutritionnels ;
- 9 points sur la Tenue du Dossier Anesthésique.

Par rapport aux moyennes nationales tous secteurs confondus, elle se démarque nettement par les résultats qu'elle obtient sur la Traçabilité de l'Evaluation de la Douleur (+18 points) et sur le Dépistage des Troubles Nutritionnels (+8 points).

En revanche, même si elle gagne des points par rapport à l'an passé, elle demeure, de peu, inférieure à la moyenne nationale tous secteurs confondus, pour les 3 autres indicateurs.

Il apparaît que la valeur seuil de 80 % fixée par la HAS pour les 4 premiers indicateurs, (l'indicateur sur la tenue du Dossier Anesthésique n'a pas de valeur seuil), n'est jamais atteinte pour les moyennes nationales tous secteurs confondus, mais est atteinte pour la moyenne obtenue par l'hospitalisation privée pour le dépistage des troubles nutritionnels avec 83 %.

Comme indiqué en conclusion de la fiche technique ci-jointe, ces résultats démontrent que de réels efforts ont été faits en termes de traçabilité mais aussi de qualité dans le recueil.

La troisième vague de recueil débutera sur le quatrième trimestre 2010 mais, pour les établissements concernés, elle a été devancée par une autre vague d'indicateurs IPAQSS, dont le recueil vient de débiter, portant sur :

DÉPÊCHES

- la participation aux réunions de concertations pluridisciplinaires « RCP », indicateur obligatoire ;
- la conformité des examens d'imagerie à visée diagnostique, indicateur non obligatoire.

Nous vous prions de nous faire remonter toutes les difficultés que vous rencontrerez.

- Laetitia BUSCOZ (laetitia.buscoz@baqimehp.com) est à votre disposition et à celle des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

12 JUILLET 2010

ENQUÊTE DES ARS SUR L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DE SOINS

Nous faisons suite à notre dépêche du 10 juin dernier portant sur l'organisation de la permanence de soins.

Nous avons été reçus par M. le directeur de Cabinet de Mme. la ministre Roselyne Bachelot-Narquin, M. Olivier Le Gal, le 8 juillet dernier concernant notamment l'enquête portant sur l'organisation de la permanence de soins, adressée aux établissements. Cette rencontre a eu lieu en présence du président de l'UMESPE, le Dr Jean-François Rey.

Nous avons souligné que ce questionnaire n'a fait l'objet d'aucune information ou concertation préalable, ni avec la FHP-MCO, ni avec les syndicats médicaux.

Nous avons pu par ailleurs évoquer l'ensemble des problématiques liées à cette thématique. Notamment, monsieur le directeur nous a demandé de bien vouloir lui signaler toutes difficultés de paiement des astreintes reconnues à ce jour.

Nous avons également abordé l'élargissement des lignes de spécialités à d'autres activités que les trois actuellement validées. Nous avons souligné que le nombre de lignes d'astreinte ou de gardes pour la Permanence de soins est bien supérieur aux trois actuellement rémunérées. Dans ce cadre, afin de disposer d'un état des lieux des pratiques dans les établissements bénéficiant déjà d'une rémunération des astreintes, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous communiquer une copie de l'un de vos tableaux d'astreinte (ou de garde) portant sur la Permanence de Soins (et non la continuité des soins).

Les enjeux de la Permanence de soins sont importants et impacteront la construction en cours des réseaux des urgences ainsi que les nouvelles autorisations de services d'urgences à venir.

Nous restons donc dans l'attente du retour de la position du directeur de Cabinet concernant l'enquête « Permanence de soi » et nous vous demandons de ne pas y donner suite, temporairement. Nous ne manquerons pas de revenir vers vous dès que nous serons en possession d'informations complémentaires.

- Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

13 JUILLET 2010

SALARIAT DES MÉDECINS AVEC RÉCUPÉRATION DES HONORAIRES : EXEMPLE DE FACTURATION

La circulaire CNAMTS du 16 juin 2010, relative à la facturation des actes des médecins salariés en clinique, prévoyait de mettre à disposition des établissements un exemple de facturation en actualisant l'annexe 24 de la norme B2.

Nous vous informons que cette mise à jour a été effectuée et nous vous invitons à consulter ce document sur le lien ci-après : www.ameli.fr.

Des exemples de facturation liés aux nouveautés de la campagne tarifaire 2010 (Dialyse péritonéale, EXB) ont également été intégrés.

- ▶ Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

15 JUILLET 2010

TARIFS REPÈRES 2010

Nous sommes aujourd'hui en possession des tarifs repères 2010 qui comme précisé dans la notice technique de l'ATIH, « *sans pour autant constituer une cible précise, les tarifs repères donnent les orientations des évolutions tarifaires envisageables à moyen terme* ». Comme l'an dernier, les tarifs de la campagne tarifaire 2010 ont été élaborés en passant par quatre étapes.

- les tarifs bruts : tarifs issus de l'application de l'ONDAM sur la classification des GHM en fonction de leur hiérarchie dans l'ENCC privée 2006, actualisée des données 2007 dans 5 % des cas ;
- les tarifs repères : tarifs intégrant les plans de santé publique ;
- les tarifs initiaux : tarifs limitant les effets revenus pour les établissements de santé ;
- les tarifs finaux (tarifs de campagne) : tarifs prenant en compte la réintégration dans les tarifs des molécules anticancéreuses génériques, et des valves aortiques, la suppression du FHT, le débasage supplémentaire de la précarité.

Nous vous invitons à les analyser car ils préfigurent de la tarification de demain.

16 JUILLET 2010

SYNTHÈSE DE JURISPRUDENCE – CONTRÔLES T2A

Une première synthèse de jurisprudence en matière de recouvrements d'indus vous a été transmise par une dépêche FHP-MCO du 5 mars dernier.

Vous trouverez annexée à la présente dépêche une nouvelle synthèse de 28 décisions (TASS, Cour d'Appel et Cour de cassation).

Cette synthèse comprend des décisions favorables mais aussi des décisions défavorables aux établissements de notre secteur, dont de nombreux jugements qui mettent en lumière l'importance de constituer des dossiers médicaux solides.

Par ailleurs, la jurisprudence des juges du fond favorable aux établissements fondés sur le non respect par les caisses de la charge de la preuve, et sur l'obligation de motiver leurs décisions a fait ces derniers mois l'objet de plusieurs arrêts de cassation par la Cour de cassation.

La Cour de cassation a notamment rendu les 6 et 20 mai 2010, trois décisions qui suscitent bien des interrogations sur la charge de la preuve en droit de la sécurité sociale. (Cass. Civ.1^{er} 5 mai 2010 et 20 mai 2010).

DÉPÊCHES

En outre, trois arrêts de Cour d'appel se prononçant en faveur des établissements, notamment sur l'application rétroactive de la réglementation avaient été joints à notre synthèse du 5 mars dernier.

La Cour d'appel d'Orléans confirmait notamment dans un arrêt du 24 juin 2009 (Décision 2.2 dans la dépêche du 5 mars dernier) que la facturation pratiquée en 2005 par la clinique avait été contrôlée et analysée dans le cadre d'une procédure instituée et définie postérieurement à l'année 2005, ce qui affectait la régularité de la collecte des informations dont le traitement avait ensuite donné lieu à une notification d'indus. La Cour avait confirmé l'annulation des notifications d'indus. La Cour de cassation casse et annule cet arrêt de la Cour d'appel d'Orléans dans une décision du 8 juillet 2010, aux motifs que « les dispositions de l'article R.162-42-10 du code de la sécurité sociale étant des règles de procédure, elles sont d'application immédiate ». (Décision 2.2 dans la dépêche du 5 mars dernier) et renvoie les parties devant la Cour d'appel de Bourges.

Une nouvelle dépêche consacrée à la jurisprudence récente de la Cour de Cassation vous sera adressée prochainement.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour vous apporter de plus amples renseignements.

19 JUILLET 2010

FACTURATION DES MONITORINGS

Le 10 mars 2009, nous vous informions de la circulaire relative à la mise en œuvre de l'application de la facturation des Monitorings publiée le lundi 9 mars 2009.

Les éléments techniques qui y figuraient donnaient les grandes lignes de la facturation des Monitorings.

1 - Quelle prise en charge ?

La prise en charge par l'assurance maladie concerne le monitoring fœtal pratiqué, en dehors d'une hospitalisation, par les sages-femmes salariées des établissements « ex-00 » dans le cadre d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre de la grossesse, sur prescription d'un médecin.

Dans ces conditions, et à titre dérogatoire, l'assurance maladie prend en charge le libellé suivant du livre III de la liste des actes et prestations (NGAP) : observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin : grossesse unique : 12 SF, grossesse multiple : 19 SF.

Cet acte, en raison de sa nature, ne justifie ni une hospitalisation de jour (GHS), ni la facturation d'un forfait (SE, ATU, FFM). L'établissement de santé ne peut donc facturer pour cet acte ni une prestation hospitalière, ni d'autres actes CCAM pour cet acte.

Le tarif de cet acte est identique à celui des professionnels de ville et évolue de la même façon. Sa facturation s'effectue au tarif conventionnel, mais sans dépassement d'honoraire pour la parturiente.

Cet honoraire est réglé exceptionnellement à l'établissement (et non à la sage-femme salariée).

Comme l'acte est réalisé après le premier jour du 6^e mois de grossesse, il est pris en charge à 100 % sur le risque maternité (avec application du tiers payant).

DÉPÊCHES

Une nouvelle circulaire CNAMTS à paraître (à priori ce jeudi 22 juillet 2010) étend le périmètre de la facturation d'actes réalisés par des sages-femmes salariées des cliniques obstétricales.

Ainsi, l'assurance maladie prend également en charge à titre dérogatoire le libellé suivant du livre III de la liste des actes et prestations (NGAP) : examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux), au dernier mois (sauf urgence) comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et éventuellement une amnioscopie : grossesse unique : 12 SF ; grossesse multiple : 19 SF.

Si, à la suite de cet examen, la parturiente était hospitalisée, sa situation n'entrerait plus dans le cadre du présent dispositif dérogatoire permettant que soit facturé l'acte de la sage-femme, et seule l'hospitalisation serait facturée dans les conditions habituelles (en général, à travers un GHS correspondant à un accouchement ou à une césarienne).

Le tarif de l'acte est identique à celui des professionnels de ville et évolue de la même façon. Sa facturation s'effectue au tarif conventionnel, mais sans dépassement d'honoraire pour la parturiente.

Il est rappelé que l'honoraire correspondant est réglé, par exception, à l'établissement (et non à la sage-femme salariée).

Comme il est réalisé après le premier jour du 6^e mois de grossesse, l'acte est pris en charge à 100 % sur le risque maternité (avec application du tiers payant).

Quelle date d'application pour cette extension ?

La facturation à titre dérogatoire par les sages-femmes salariées de l'acte précité est admise à compter de la publication de la présente circulaire modificative (soit a priori le jeudi 22 juillet 2010).

Pour mémoire, je vous rappelle les conditions dans lesquelles cela est possible.

2 - Quelles conditions permettant la facturation du monitoring fœtal ?

Pour que la facturation du monitoring fœtal à titre dérogatoire puisse être mise en œuvre, les conditions suivantes doivent être remplies : l'établissement a signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L 6114-1 du code de la santé publique avec l'Agence régionale de santé ; il est autorisé par décision de l'ARS à exercer l'activité d'obstétrique ; il encadre cette pratique :

- en mettant en place une organisation spécifique permettant de dédier nominativement une ou plusieurs sages-femmes à l'exercice du monitoring fœtal, de manière à distinguer cette situation de celle où un obstétricien libéral exerçant à la clinique emploie et rémunère une sage-femme pour effectuer des actes ; la prise en charge adaptée des parturientes par un médecin compétent en cas d'anomalie détectée lors du monitoring fœtal ;
- l'acte correspondant est rémunéré au tarif conventionnel (impossibilité de dépassement) ;
- la prescription médicale et les comptes rendus de soins effectués par les sages-femmes dans ce cadre sont conservés pour être mis à disposition d'un éventuel contrôle médical de l'assurance maladie.

À cet effet, la clinique adresse à la CCDP un courrier comportant ses engagements sur ces trois conditions ; elle lui fait connaître la ou les sages-femmes concernées par le présent dispositif [cf. courrier type en annexe de la circulaire].

- Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

20 JUILLET 2010

QUESTIONNAIRE EXPRESS SUR LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CRU

Comme nous vous l'avons annoncé dans une précédente dépêche, la FHP-MCO organise le 14 septembre prochain à Paris un Congrès en direction des représentants des usagers, auquel vous êtes tous chaleureusement conviés. Nous avons très largement diffusé notre programme à toutes les associations d'usagers et l'intérêt suscité auprès des représentants de ces associations est d'ores et déjà très important. Aussi, nous souhaitons préparer cette journée avec vous, à l'aide de vos retours d'expériences en ce qui concerne le fonctionnement de votre CRU et les relations que vous entretenez avec les représentants d'usagers dans votre établissement. Nous avons à cet effet pensé à 12 questions sous forme de questionnaire express et nous vous remercions de prendre 2 minutes pour y répondre.

D'autre part, nous faisons un « appel à bonnes pratiques » afin d'identifier les établissements qui ont déjà mis en place des actions exemplaires en direction de leur CRU.

► Fatiha ATOUF [fatiha.atouf.mco@fhp.fr] est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

21 JUILLET 2010

DÉCRETS MÉDECINE ET CHIRURGIE

Les décrets qui viendront régler les activités de médecine et de chirurgie et l'arrêté relatif aux seuils d'activités en chirurgie, devraient paraître avant la fin de l'été. Une nouvelle dérogation au seuil des 1500 actes a été validée par le CNOSS le 24 juin 2010. Celle-ci vient compléter celle relative aux établissements ayant exclusivement une activité de maternité et une activité de gynécologie chirurgicale.

Informations sur le calendrier, donné aux membres du CNOSS exceptionnel le 24 juin dernier. Une fois les décrets parus, les ARS devraient avoir 18 mois maximum pour élaborer et publier les schémas régionaux d'organisation des soins. Les fenêtres de demandes d'autorisations seront ouvertes dans un délai de deux mois à compter de la publication des schémas. Puis les établissements auront deux mois minimum pour déposer leurs dossiers de demandes d'autorisation. Les décisions d'autorisation devront être prises dans un délai de 6 mois maximum à compter des demandes, après instruction, et consultation de la sous commission compétente de la CRSA. La mise en conformité des normes techniques de fonctionnement devra être effective 16 mois maximum après la notification des autorisations.

Articulation avec les renouvellements d'autorisations en cours. Dès la publication du décret relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de médecine et de chirurgie, toutes les autorisations, qu'elles aient été tacitement renouvelées ou accordées récemment, seront prolongées jusqu'à ce qu'il soit statué sur les nouvelles demandes d'autorisations d'activités.

La parution des décrets devrait aboutir à une « remise des compteurs à zéro » : l'ensemble des établissements souhaitant poursuivre ou commencer une activité de médecine et/ou de chirurgie devront déposer un dossier complet de demande d'autorisation dans les délais susvisés.

Introduction dans les projets de décrets d'une dérogation au seuil des 1500 actes en chirurgie. Le Comité national d'organisation sanitaire et sociale (CNOSS) a émis le 24 juin dernier, un avis favorable à l'introduction d'une dérogation au seuil d'activité de 1,500 actes par an en chirurgie. Cette dérogation au seuil d'activité vise à permettre à certains établissements, dont l'activité est supérieure à 70 % du seuil au moment du dépôt de la première demande d'autorisation, de poursuivre leur activité de chirurgie pendant une période transitoire de trois ans maximum, sous réserve de remplir deux conditions cumulatives :

- mettre en œuvre une coopération avec un établissement présentant une activité chirurgicale supérieure en vue de constituer une équipe commune,
- préparer la cession de l'autorisation d'activité de chirurgie à cet établissement en vue du regroupement de l'activité chirurgicale sur un seul site à l'échéance du délai maximum de trois ans.

Étude d'Impacts. En moyenne sur les années 2007, 2008 et 2009, 134 structures n'atteignaient pas ce seuil de 1500. 47 avaient une activité supérieure à 1,050 séjours. Parmi elles, 64 % sont des établissements publics, 26 % des établissements privés ex OQN et 10 % des établissements privés relevant du statut des ESPIC. Parmi les 134 structures, 61 disposent d'une maternité dont 38 ont une activité supérieure à 100 séjours en chirurgie gynécologique par an. Ces maternités effectuant plus de 100 séjours par an pourront donc à titre dérogatoire conserver une activité de chirurgie gynécologique.

Précision sur le cahier des charges « sécurité de l'opéré ». La rédaction même de ces projets de décrets sur les normes de sécurité anesthésique a conduit le ministère de la santé à mettre en place un groupe de travail ayant pour objet l'élaboration d'un « cahier des charges de la sécurité de l'opéré ».

Le contenu du projet de cahier des charges a suscité la désapprobation de l'ensemble des fédérations hospitalières présentes lors de la réunion du 8 juillet 2010 qui s'est tenue à la DGOS sur ce sujet. Les quatre fédérations hospitalières ont demandé et obtenu l'arrêt de la séance de travail.

Nos propositions communes seront ensuite transmises au ministère de la santé au cours de l'été. Nous ne manquerons pas de vous en tenir informés.

23 JUILLET 2010

GUIDE DE BONNES PRATIQUES DE SÉCURISATION DU SYSTÈME D'INFORMATION DES CLINIQUES

Le Conseil national d'audit (CNA) de la CNAMTS a conduit un audit de sécurité du système de facturation des cliniques et de transmission à l'Assurance Maladie, afin de prévenir un risque de fraude, notamment en matière de facturation et de paiement. En effet, la CNAMTS fait parfois l'objet « d'attaques » avec utilisation frauduleuse de coordonnées d'établissements de santé et de numéro de compte à créditer. Un guide sera prochainement mis en ligne sur le site ameli.fr. Ce guide a vocation, d'une part, à sensibiliser nos établissements à ce risque et d'autre part, d'émettre des recommandations de bonnes pratiques.

De nombreux éléments sont déjà traités par les établissements, notamment dans le cadre de la mise en œuvre de la certification V2010 [Chapitre 1, Référence 5 et 6 notamment].

Ce guide contient huit têtes de chapitre : 1° Politique sécurité ; 2° Gestion des biens ; 3° Sécurité liée aux ressources humaines ; 4° Sécurité physique et environnementale ; 5° Gestion d'exploitation et des télécommunications ; 6° Gestion des droits d'accès ; 7° Acquisition, développement et maintenance des systèmes d'information ; 8° Gestion des incidents de sécurité.

DÉPÊCHES

Un « homme sécurité » sera désigné prochainement par les Caisses afin que chaque établissement puisse procéder à une alerte en cas d'incident.

- Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

26 JUILLET 2010

GUIDE DES RÈGLES DE FACTURATION DES SOINS DISPENSÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Certains d'entre vous nous interrogent sur les règles de facturation des établissements de santé. Un guide a été conçu en 2009 pour élaborer des fiches relatives à celles-ci. Il vise à faire le point sur l'état de la réglementation, sans pour autant se substituer à la documentation de base que constituent les textes législatifs et réglementaires et les circulaires, référencés sur chaque fiche, auxquels il convient de se référer, en tant que de besoin.

Ce guide s'adresse aux ARS, aux directeurs d'établissements, aux caisses d'assurance maladie, aux éditeurs de logiciels et à toute personne désireuse d'obtenir des informations sur les procédures d'admission et de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

Afin de faciliter l'accès aux différents thèmes traités, ces fiches ont été classées par ordre alphabétique.

Au-delà de quelques exemples tarifaires concernant la tarification 2009, il faut souligner qu'une fiche n'est pas à jour. Il s'agit de celle faisant état des « Prises en charge de moins d'une journée ». En effet, une nouvelle circulaire (dépêche FHP-MCO du 24 juin 2010) a modifié le dispositif. Le contenu du paragraphe « 3. Conditions de Facturation – 3.1 et 3.2 » (page 100, 101 et 102) est à remplacer par la Circulaire Frontière DGOS/R2010/201 du 15 juin 2010 également ci-jointe.

- Thierry BÉCHU (thierry.bechu.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

28 JUILLET

PUBLICATION DU DÉCRET MODIFIANT L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

Le décret du 13 juillet 2010 modifiant l'organisation de la Permanence des soins (PDS) en application des articles 1, 49 et 118 de la loi HPST du 21 juillet 2009, a été publié le 17 juillet 2010 au Journal officiel.

« La loi HPST définit la permanence des soins (avec treize autres domaines) comme une mission de service public à laquelle participent les médecins libéraux et les médecins des centres de santé, en collaboration avec les établissements de santé. (Article L6314-1 du code de la santé publique).

Nous vous rappelons que la loi HPST permet désormais au directeur général de l'ARS de subordonner l'octroi à un établissement de santé d'une autorisation d'activité, à des conditions relatives à la participation à une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, ou à l'engagement de mettre en œuvre des mesures de coopération favorisant l'utilisa-

tion commune de moyens et la permanence des soins. [Article L6122-7 du code de la santé publique]. »

L'apport de ce décret PDS

Ce décret modifie l'échelon territorial d'organisation de la permanence des soins et précise les prérogatives conférées par la loi HPST au directeur Général de l'ARS au détriment du préfet de département dans le cadre de la PDS. Il développe et encadre la prescription médicamenteuse par téléphone.

Il définit les modalités de financement de la PDS qui ne relèvent plus de la convention médicale mais de l'ARS, conformément à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique qui dispose depuis le 23 juillet 2009 que « ... l'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. »

Il appartient désormais au directeur Général de l'ARS d'organiser la mission de service public de permanence des soins, non plus en secteurs mais en territoires de permanence des soins, selon un cahier des charges régional (et non plus départemental) pris par arrêté, dans le respect des objectifs fixés par le SROS - après avis des CODAMUPS, de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la CRSA, de l'URPS. Les conditions d'organisation sont soumises pour avis au conseil départemental de l'ordre des médecins et au préfet de département.

Les dispositions du décret du 13 juillet 2010 n'entreront en vigueur qu'à compter de la publication de l'arrêté du directeur Général de l'ARS fixant le cahier des charges régional.

Ce cahier des charges a pour objet de définir l'organisation, le suivi et l'évaluation de la PDS, les modalités de suivi et d'information de la CRSA et du CODAMUPS des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins, et de préciser la rémunération forfaitaire des médecins participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique, « en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Les prérogatives du CODAMUPS ont été précisées dans un décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010. Il est désormais coprésidé par le préfet et le directeur général de l'Agence régionale de santé et doit fonctionner « dans le respect de ce cahier des charges. »

Le fonctionnement du nouveau dispositif PDS et la place des acteurs

1° La mission de permanence des soins est toujours assurée sur la base du volontariat, par les médecins exerçant en cabinet, maisons, pôles ou centres de santé ou exerçant dans les associations de permanence des soins, mais aussi par tout autre médecin volontaire ayant conservé une pratique clinique.

2° Les établissements de santé, participent au dispositif « dans les conditions fixées par l'ARS » en fonction « de la demande de soins et de l'offre médicale existante. »

Le décret du 13 juillet 2010 ne modifie pas les plages horaires actuellement définies dans la réglementation. La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée en dehors des périodes de permanence des soins, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée.

Les médecins ainsi que les associations de permanence de soins élaborent dans chaque territoire le tableau des gardes nominatif mis en œuvre pour une durée minimale de trois mois après que le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins ait été mis en mesure, de vérifier que les intéressés sont « en situation régulière d'exercice et, le cas échéant, constate[r] l'absence ou l'insuffisance des médecins volontaires » puis de le transmettre au DGARS, au préfet de départ-

tement, aux services d'aide médicale urgente, et aux médecins et associations et aux caisses d'assurance maladie.

En cas de carence sur le tableau, le directeur Général de l'ARS, après un processus de consultation notamment de l'Ordre des médecins et de l'URPS, communique au Préfet de département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires.

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro d'appel 15 et organisée par le Samu. Le décret révisé les dispositions réglementaires relatives au rôle du médecin régulateur, qui « *décide de la réponse adaptée à la demande de soins* » et peut en effet « *en dehors des cas relevant de l'aide médicale urgente, donner des conseils médicaux, notamment thérapeutiques, pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone* » et « *procéder à une telle prescription [- d'une durée limitée et non renouvelable] lors de situations nécessitant en urgence l'adaptation d'une prescription antérieure* », et conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la HAS relatives à la prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale.

Nous vous tiendrons informés de toute publication à venir.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

13 AOÛT 2010

AUTORISATION DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

La mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient est désormais soumise à autorisation qui devra être délivrée par l'ARS avant le 1^{er} janvier 2011.

Deux décrets et deux arrêtés publiés au Journal officiel du 4 août dernier viennent fixer la procédure d'autorisation, la composition du dossier de demande ainsi que les compétences requises pour être intervenant dans ces programmes.

Un dossier type vous sera prochainement adressé.

Conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient :

Le décret no 2010-904 du 2 août 2010 pose les conditions d'autorisation de ces programmes.

La demande d'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient doit être adressée, par pli recommandé avec demande d'avis de réception, au directeur général de l'agence régionale de santé compétente.

Le directeur général de l'ARS doit quant à lui se prononcer dans un délai de deux mois à compter de la présentation d'une demande complète. Le dossier étant réputé complet si le directeur général a délivré un accusé de réception ou n'a pas fait connaître, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, au demandeur, la liste des pièces manquantes ou incomplètes.

L'autorisation est réputée acquise au terme de ce délai de deux mois et est valable pour une durée de 4 ans.

Concernant le délai accordé aux promoteurs pour obtenir l'autorisation, les textes opèrent une distinction entre les programmes mis en œuvre avant la publication

DÉPÊCHES

de la loi HPST et ceux mis en œuvre après la publication de ladite loi.

En effet, les promoteurs de programmes mis en œuvre avant la publication de la loi HPST ont jusqu'au 1^{er} janvier 2011 pour obtenir auprès des ARS compétentes leurs autorisations.

Les programmes mis en œuvre après la publication de la loi du 21 juillet 2009 seront réputés autorisés, dès lors que l'accusé de réception du dossier complet aura été délivré par le directeur général de l'ARS et jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur conformité aux exigences réglementaires.

Nous avons pu obtenir des éclairages de la part de la DGOS sur la procédure de dépôt des dossiers. La période de demande d'autorisation sera déterminée pour chaque région par Arrêté du directeur général de l'ARS. La DGOS a également pu nous préciser que ces fenêtres seront ouvertes, pour la plupart des régions, dès le mois de septembre et pour une période minimale de deux mois.

Concernant la composition du dossier de demande d'autorisation :

Le dossier doit comprendre des informations relatives aux objectifs du programme et à ses modalités d'organisation, aux effectifs et à la qualification du coordonnateur et des personnels intervenant dans le programme, à la population concernée par le programme et aux sources prévisionnelles de financement. La composition du dossier est détaillée dans l'arrêté relatif au cahier des charges. Le programme ne peut concerner, sauf exception répondant à un besoin particulier, qu'une ou plusieurs des 30 affections de longue durée mentionnées à l'article D.322-1 du Code de la sécurité sociale (liste des ALD 30 en pièce jointe), l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional.

Un dossier type de demande d'autorisation vous sera proposé pour la fin de ce mois.

Compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient

Le décret n° 2010-906 du 2 août 2010 précise les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, il est également complété par un arrêté du même jour.

Les programmes d'éducation thérapeutique devront être coordonnés par un professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée.

L'arrêté définit, dans son annexe, quinze compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique et précise que ces compétences peuvent être partagées au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

À savoir que le ministère de la Santé a indiqué, dans un communiqué de presse, qu'un guide méthodologique, publié par la HAS en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, sert de référentiel quant aux modalités de mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient. Ce guide de juin 2007 définit l'éducation thérapeutique du patient, ses finalités et son organisation.

► Fatiha ATOUF [fatiha.atouf.mco@fhp.fr] est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

6 SEPTEMBRE 2010

DÉCRET N°2010-1030 DU 30 AOÛT 2010 RELATIF À LA STÉRILISATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Un décret d'application de la loi HPST, daté du 30 août 2010 et paru au Journal officiel jeudi 2 septembre 2010, détermine de nouvelles modalités de sous-traitance de la stérilisation des dispositifs médicaux.

Ce décret :

- définit l'activité de stérilisation des dispositifs médicaux (article R6111-19 du code de la santé publique), soumise à autorisation ;
- rappelle la nécessité pour le directeur des établissements de santé disposant d'une PUI, ou à l'administrateur d'un GCS gérant une PUI, de définir un système d'assurance qualité de la stérilisation, (R6111-21 du CSP) ;
- modifie les modalités de désignation du responsable du système qualité (R6111-21-1 du code de la santé publique) qui est désormais chargé de proposer, de mettre en œuvre mais aussi d'évaluer le système d'assurance qualité, de rendre compte et de proposer les améliorations nécessaires à la CME ou à la direction.

Sur ce point, conformément aux nouvelles missions dévolues par l'article 5 de la loi HPST aux commissions et aux conférences médicales d'établissements, c'est désormais sur proposition du président de la CME et non plus après simple avis de la CME, que doit être élaboré le système d'assurance qualité, et que s'effectue la désignation du responsable qualité.

- décrit les modalités de sous-traitance par un établissement de santé ou un GCS autorisé à assurer les opérations de stérilisation des dispositifs médicaux, à un autre établissement de santé, à un GCS, ou à un tiers pour « *une ou plusieurs opérations de stérilisation* ». La sous-traitance doit être formalisée dans un contrat.

Le contrat de sous-traitance à un établissement de santé ou à un GCS est soumis pour autorisation au directeur de l'ARS (R.6111-20 I. du code de la santé publique) tandis que le contrat de sous-traitance à un tiers n'est soumis qu'à un avis de l'ARS (R.6111-20 II. du code de la santé publique).

Dans les deux hypothèses, le projet de contrat, qui doit être conforme aux bonnes pratiques de PUI [2001] doit être adressé en LRAR au directeur de l'ARS.

En cas de sous-traitance à un établissement de santé ou à un GCS, de tout ou partie de la stérilisation des dispositifs médicaux celui-ci notifie sa décision au demandeur dans un délai de deux mois à compter de la date de réception du projet de contrat. Si des éléments complémentaires sont demandés par l'ARS, le délai de deux mois est suspendu jusqu'à la réception des informations. L'absence de décision du directeur de l'ARS à l'issue de ce délai vaut refus d'autorisation.

La transmission du projet de contrat, d'informations complémentaires et la décision d'autorisation peuvent être effectuées par voie électronique « *après apposition de la signature électronique* » validée, conformément à ce que prévoit l'article 1316-4 du code civil.

L'Article R6111-21 du code de la santé publique est désormais consacré aux circonstances exceptionnelles qui exigent une procédure simplifiée.

- Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

10 SEPTEMBRE 2010

CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

Le groupe de travail de la FHP-MCO consacré aux contrôles T2A et aux sanctions financières a mis en œuvre un plan d'action dès le mois de Janvier 2010. Celui-ci a pour objectifs de :

- vous aider par la mise à disposition d'une synthèse de la jurisprudence ;
- vous guider dans la conduite des contrôles T2A et des sanctions financières rattachées ;
- vous inviter à participer à des journées d'échanges à l'image de la journée du 16 juin 2010.

Nous avons également pour objectif de développer plus encore les relations avec les tutelles (État et Assurance Maladie). Nous portons actuellement une démarche visant à modifier le dispositif réglementaire afin de mettre fin aux disproportions des montants des indus et des sanctions financières.

Dans le cadre de ce plan d'action, le groupe élabore un Guide qui a pour objectif de vous accompagner sur les plans juridique et organisationnel dans le cadre des contrôles T2A dont vous pouvez être l'objet.

Une première fiche technique de ce guide, relative au Cadre juridique et les acteurs des contrôles T2A vous a déjà été adressée. Vous trouverez en pièce jointe cette première fiche accompagnée de cinq autres fiches techniques, consacrées :

CHAPITRE I PRÉPARATION DU CONTRÔLE EXTERNE.

Fiche technique N°1 - Cadre juridique et acteurs du contrôle externe

Fiche technique n°2 - Quelques conseils pratiques pour anticiper un contrôle externe

Fiche technique n°3 - Préparation du contrôle externe et dossier médical

CHAPITRE II DÉROULEMENT DU CONTRÔLE EXTRENE.

Fiche technique n°1 - Droits et devoirs de l'établissement

Fiche technique n°2 - Droits et devoirs des médecins contrôleurs

Fiche technique n°3 - Quelques conseils pour anticiper une éventuelle procédure de répétition d'indus et un contentieux

L'achèvement de ce guide est planifié pour, au plus tard, le 31 octobre 2010.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

15 SEPTEMBRE 2010

AUTORISATION DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

L'objet de cette dépêche est de vous mettre à disposition un dossier type de dépôt de demande d'autorisation de l'activité de l'éducation thérapeutique.

Le 13 août dernier, dans notre dépêche sur l'éducation thérapeutique du patient nous évoquions le nouveau régime d'autorisation de cette activité.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été définie par la loi HPST du 21 juillet 2009 comme s'inscrivant dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

Pour les modalités de mise en œuvre des programmes d'ETP, le ministère de la santé renvoie au guide méthodologique, publié par la Haute autorité de santé (HAS). Ce guide précise que l'éducation thérapeutique comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients

DÉPÊCHES

conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation, des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

L'ETP a pour but d'aider les patients (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

L'ETP ne se résume donc pas à la simple délivrance d'une information.

Les programmes d'ETP sont généralement structurés en trois étapes :

- le diagnostic ou bilan éducatif pour analyser les besoins des patients et établir des objectifs éducatifs personnalisés ;
- les séances d'éducation proprement dite qui peuvent prendre des modalités différentes (séances collectives, individuelles...) ;
- l'évaluation de l'atteinte des objectifs éducatifs.

Le décret du 2 août 2010 n° 2010-904 prévoit les conditions d'autorisation des programmes d'éducation par les agences régionales de santé. Pour être autorisés, ces programmes doivent être conformes au cahier des charges national, fixé par arrêté, et respecter les compétences requises pour dispenser cette activité, définies par décret et précisées par arrêté. Globalement, les programmes d'ETP doivent être mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire qui comprend au moins un médecin. Les associations de malades agréées par le ministère de la santé ont également toute leur place pour coordonner ces programmes ou y intervenir.

Les promoteurs de programmes d'éducation thérapeutique du patient ont jusqu'au 1^{er} janvier 2011 pour obtenir leur autorisation des ARS compétentes. Désormais il est puni de 30 000 € d'amende le fait de mettre en œuvre un programme sans une autorisation. (Article L1162-1)

Afin d'avoir plus de précisions notamment sur les dates de dépôt des dossiers nous avons contacté les services de la DGOS.

À ce jour, malgré nos relances, nous sommes dans l'attente de leur réponse que nous vous communiquerons dans une prochaine dépêche.

En attendant, la FHP-MCO souhaite vous accompagner dans votre démarche en vous proposant dès à présent un dossier type de demande d'autorisation.

- Fatiha ATOUF (fatiha.atouf.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

16 SEPTEMBRE 2010

PROCHAINE JT FHP-MCO / C2DS 7 OCTOBRE 2010

Quelles nouvelles réglementations relatives au développement durable en santé entreront demain en vigueur dans vos établissements de santé ?

La FHP-MCO et le Comité pour le développement durable en santé (c2ds) co-organisent, dans le cadre de leur partenariat, ce colloque à l'attention de leurs membres. Nous apporterons un éclairage principalement sur les quatre grands plans qui vont rythmer les prochaines années : le Grenelle 2 ; le PNSE 2 (Plan national santé environnement) ; le PST 2 (Plan santé au travail) ; la SNDD (Stratégie nationale de développement durable). En comprendre les grands enjeux mais surtout anticiper vos obligations de demain sont nos objectifs. Vous trouverez ci-joint, le pré-programme ainsi que le bulletin d'inscription (journée gratuite, inscription obligatoire). Nous vous attendons nombreux à cette prochaine journée thématique.

17 SEPTEMBRE 2010

CONCLUSIONS DU RAPPORT IGAS SUR LE SUJET DE L'EPO

Le rapport IGAS relatif à la pertinence de l'intégration du montant de l'EPO dans les tarifs de Dialyse vient d'être publié. Ce rapport donne lieu à 4 principales recommandations de la part de l'IGAS :

- clarifier les modalités de prises en charge du Venofer® ;
- améliorer le recueil d'information relatif à la consommation de l'EPO dans le secteur privé. Pouvoir faire évoluer le tarif de responsabilité de l'EPO étant donné les écarts constatés entre le prix d'achat et le tarif de responsabilité.

L'intégration du montant de l'EPO dans les tarifs et forfaits Dialyse dès 2011 n'est pas souhaitable

21 SEPTEMBRE 2010

MODIFICATION DES RÈGLES DE BONNES PRATIQUES EN ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

RÉSUMÉ. L'objet de la présente dépêche porte sur un arrêté du 3 août 2010, publié au Journal officiel le 11 septembre dernier, qui vient modifier les règles de bonnes pratiques en AMP, telles qu'issues d'un arrêté du 11 avril 2008. Le texte renforce le caractère pluridisciplinaire de l'organisation en AMP, en insistant sur le caractère impératif de la collaboration entre le clinicien et le biologiste et en prévoyant l'existence d'une convention entre le centre clinique et le centre biologique d'AMP.

Par ailleurs, cet arrêté présente et renforce le dispositif des vigilances en AMP, mis en place par l'Agence de la biomédecine depuis 2007, conformément aux missions dévolues à l'Agence par la loi. Il définit la notion d'évènement indésirable et d'incident et précise que l'établissement autorisé doit désigner un correspondant local du dispositif de vigilance dont les missions sont précisément définies.

Cet arrêté intègre également l'avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif aux risques liés à l'utilisation de l'azote liquide dans le cadre des activités d'AMP.

Dans ce cadre, les exigences techniques et matérielles devant s'appliquer aux locaux de manipulation et de stockage, les modalités de mesure du taux d'oxygène et de ventilation dans les locaux sont définies.

La traçabilité lors de déplacement des gamètes, des tissus germinaux et des embryons est également renforcée.

- Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

27 SEPTEMBRE 2010

AUTORISATION DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

L'objet de cette dépêche est de vous apporter des précisions sur le dossier d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Dans notre dépêche du 15 septembre 2010, nous déplorions le manque de précisions concernant la période durant laquelle doivent être déposés les dossiers. Après relance des services de la DGOS nous pouvons vous communiquer les précisions suivantes.

DÉPÊCHES

Deux situations transitoires sont distinguées :

- les programmes mis en œuvre avant la publication de loi du 21 juillet 2009 devront être autorisés avant le 1^{er} janvier 2011, (sous peine de sanctions financières), les dossiers devront être déposés, de préférence, avant le 30 septembre, pour tenir compte des délais d'instruction ;
- les programmes mis en œuvre avant la publication du décret du 2 août 2010 devront être autorisés avant le 1^{er} mars 2011, les dossiers devront être déposés, de préférence, avant le 30 novembre. L'accusé de réception attestant du dossier complet vaut autorisation de poursuivre temporairement l'activité (à condition d'avoir été délivré avant le 1^{er} janvier 2011.) jusqu'à obtention de l'autorisation définitive.

Ces calendriers sont donnés à titre indicatif à défaut d'un calendrier établi par votre ARS. À savoir que la plupart des régions ont publié leur calendrier ainsi qu'un cahier des charges régional à compléter.

Pour les futurs programmes d'ETP (soit à compter du 2 août 2010), aucune fenêtre de dépôt n'étant prévue les promoteurs pourront adresser leurs dossiers de demande à tout moment, l'ARS disposant d'un délai de 2 mois pour se prononcer à compter de la présentation d'une demande complète.

Par ailleurs, nous vous signalons que le ministère a entrepris la rédaction d'une circulaire à l'attention des directeurs d'ARS, afin de les guider dans les modalités d'examen de ces dossiers. Cette circulaire est au niveau du Comité National de Pilotage des ARS pour validation et devrait paraître prochainement.

Nous ne pouvons donc que vous conseiller vivement de vous rapprocher de votre ARS ou à défaut de votre délégation régionale pour obtenir les informations spécifiques à votre région concernant le dépôt et l'examen de vos dossiers.

Vous trouverez en pièce jointe les réponses apportées par le ministère dans leur intégralité (avec des indications complémentaires, notamment sur la composition du dossier) ainsi qu'une fiche de synthèse sur la mise en œuvre des programmes d'ETP.

- ▶ Fatiha ATOUF (fatiha.atouf.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

7 OCTOBRE 2010

CONVOCATION À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU JEUDI 18 NOVEMBRE 2010

J'ai le plaisir de vous inviter à participer à notre deuxième assemblée générale qui se déroulera le :

Jeudi 18 novembre 2010 de 11h15 à 12h45

Au CNIT – 2 Place de la Défense – 92044 PARIS LA DEFENSE

(Métro : Grande Arche - La Défense)

L'ordre du jour sera le suivant :

- rapport d'activité exposé par le président de la FHP-MCO ;
- rapport financier présenté par le trésorier de la FHP-MCO et vote de la cotisation 2011 ;
- questions diverses.

Je vous rappelle que l'assemblée générale des adhérents est constituée de l'ensemble des établissements adhérents à jour de leurs cotisations et que chaque établissement adhérent dispose d'un nombre de voix proportionnel au nombre de lits, places et postes qu'il représente et au titre duquel il cotise, selon la grille d'at-

tribution ci-dessous.

Pour les établissements titulaires d'autorisations de lits, places et postes dont le nombre est : inférieur à 100 : 2 voix ; compris entre 100 et 199 : 3 voix ; compris entre 200 et 299 : 4 voix ; égal ou supérieur à 300 : 5 voix.

Tout établissement adhérent peut se faire représenter soit par son représentant légal soit par un mandataire de son choix appartenant à l'établissement. Vous trouverez ci-joint un modèle de mandat que vous pourrez utiliser le cas échéant.

Par ailleurs, tout établissement adhérent peut également se faire représenter par un autre établissement admis au vote. Dans ce cas, la procuration peut être donnée par simple lettre adressée à mon attention, conformément aux statuts, ou par fax au 01 53 83 56 69. Vous trouverez ci-joint un modèle de procuration. Toutefois, nul ne pourra cumuler plus de 4 procurations d'établissements hormis les mandats qu'il détient en qualité de représentant légal d'établissement(s).

13 OCTOBRE 2010

ÉTUDE INCA SUR LA LUTTE CONTRE LA DOULEUR

RÉSUMÉ : l'objet de cette dépêche est de vous apporter des précisions sur le dossier d'autorisation des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

Certains d'entre vous ont récemment été sollicités par l'INCA pour participer à une première étude sur la lutte contre la douleur.

L'objectif principal de cette étude, dont les données seront entièrement anonymisées, est de mieux évaluer la douleur dans la population des patients présentant un cancer, de mesurer et d'améliorer la pertinence des traitements antalgiques.

Elle va être réalisée par l'institut BVA dans une centaine d'établissements de santé tirés au sort parmi les 473 établissements autorisés pour la pratique de la chimiothérapie, directement auprès de 1 000 à 1 200 patients hospitalisés.

Nous remercions par avance ceux d'entre vous qui auront accepté de participer à cette enquête du type « un jour donné » et transmettons à tous, à titre d'information, la lettre INCa-BVA et le cahier des charges.

C'est l'établissement tiré au sort qui accepte, après accord de ses oncologues (oncologues médicaux, oncologues radiothérapeutes et spécialistes d'organes qualifiés). Le jour donné, l'enquêteur BVA est présent et interroge les patients volontaires à la sortie des consultations.

Le calendrier en est le suivant : le recueil des données est prévu sur 10 semaines à partir du mois octobre 2010, la relecture saisie et traitement des données sont prévus sur 2 semaines en décembre 2010, l'analyse et la restitution des données sont prévues fin décembre 2010.

Les résultats seront publiés par l'INCa. Bien que plus spécialisés, ils pourront être comparés à ceux de l'étude INSERM de 2004.

Cette dépêche est envoyée conjointement par la FHP-MCO et l'UNHPC.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

22 OCTOBRE 2010

AUTORISATION DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

Nous vous rappelons que chaque programme d'ETP mis en œuvre devra faire l'objet d'une demande d'autorisation. L'établissement devra donc établir autant de dossiers de demandes que de programmes existants ou à venir.

Seuls les programmes répondant au cahier des charges fixé par Arrêté du 2 août 2010 (consulter) peuvent être autorisés.

Nous vous avons adressé un dossier type de demande d'autorisation dans notre dépêche du 15 septembre dernier en complément nous vous proposons également les modèles de :

- la charte de confidentialité que devront signer les intervenants ;
- la charte de déontologie qui sera conclue entre les intervenants ;
- la note d'information au patient ;
- le recueil du consentement.

Par ailleurs, une circulaire relative aux conditions d'autorisation et de financement des programmes d'ETP a été validée par le CNP le 8 octobre et transmise aux directeurs des ARS, elle n'est pour l'instant pas publiée mais nous avons pu en obtenir copie. Cette circulaire demande aux directeurs d'ARS d'utiliser, pour l'examen des dossiers, la grille d'aide à l'évaluation élaborée par la HAS que vous trouverez en pièce jointe.

Elle leur demande également d'être particulièrement vigilants sur les éléments relatifs :

- aux objectifs du programme et à ses modalités d'organisation ;
- à la population concernée par le programme ;
- aux sources prévisionnelles de financement ;
- aux effectifs et à la qualification du coordonnateur et des personnels intervenant dans le programme ;

Sur ce dernier point la circulaire ajoute que le dossier de demande devra mentionner le plan de formation des intervenants du programme pour les 4 années à venir.

Sur le point du financement la circulaire insiste sur le fait que l'autorisation ne vaut pas accord de financement par le directeur général de l'ARS. Il appartient aux ARS sur la base des financements qui leur sont octroyés de financer les programmes. A ce titre la circulaire rappelle les différentes sources de financement existantes pouvant être attribuées par les ARS à cette activité (MIGAC, FIQCS, FNPEIS...).

Enfin nous attirons votre attention sur la mise en ligne sur le site du ministère d'une foire aux questions (accéder à la FAQ).

Sachez que cet outil a été mis en place par les services de l'État en réaction aux questions émises par les services de la FHP-MCO. Cette foire aux questions reprends en totalité les demandes d'information complémentaires que nous avons adressées au cours du mois d'août aux services de la DGOS. Elle est actualisée en fonction des différentes questions qui parviennent au ministère. Nous vous invitons à la consulter régulièrement.

- Fatiha ATOUF (fatiha.atouf.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

22 OCTOBRE 2010

NORMES RELATIVES À LA TÉLÉMÉDECINE

RÉSUMÉ : Le décret d'application de la loi HPST du 21 juillet 2009 relatif à la télé-médecine est publié au Journal Officiel ce jour (consulter le décret), il définit cinq types d'actes relevant de Journal Officiel ce jour (consulter le décret), il définit cinq types d'actes relevant de la télé-médecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre, d'organisation et de prise en charge financière.

Cinq types d'actes pour la définition de la télé-médecine

Pour rappel, la loi définit la télé-médecine comme une « forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ».

Le projet de décret précise que relèvent de la télé-médecine les actes de :

- téléconsultation qui a pour objet de permettre à un patient de consulter un professionnel médical. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient. Le cas échéant, il peut assister le professionnel de santé médical au cours de la téléconsultation ;
- télé-expertise qui a pour objet de permettre au professionnel médical de solliciter dans le cadre de la prise en charge d'un patient l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières ;
- télésurveillance médicale qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter les données nécessaires au suivi médical d'un patient et le cas échéant de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient ;
- télé-assistance médicale qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte médical ;
- réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale des urgences ou de la permanence des soins.

Ces actes sont réalisés à distance au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Cinq conditions pour la réalisation des actes

L'acte de télé-médecine est exercé sous la responsabilité d'un professionnel médical et réalisé avec le consentement libre et éclairé de la personne.

Cinq conditions sont fixées pour la réalisation des actes de la télé-médecine :

- authentification des professionnels intervenant dans l'acte ;
- identification du patient ;
- accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à l'acte ;
- formation ou préparation du patient à l'utilisation du dispositif lorsque la situation l'impose ;
- mise à jour du dossier patient incluant notamment le compte rendu de l'acte et les prescriptions effectuées.

L'établissement qui organise une activité de télé-médecine doit en outre s'assurer :

- que les professionnels participant aux activités de télé-médecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondant ;

- que l'usage des technologies de télémédecine est conforme aux conditions de traitement et d'hébergement des données de santé à caractère personnel.

Des contrats obligatoires pour l'organisation de l'activité

À moins qu'elle ne s'exerce dans le cadre d'un programme national défini par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées et de l'assurance maladie, l'activité de télémédecine devra être inscrite dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ou dans un contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, spécifique à l'activité de télémédecine, conclus avec l'ARS. Ces contrats devront tenir compte du programme relatif au développement de la télémédecine porté par le projet régional de santé.

Les structures et professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine (sauf réponse médicale dans le cadre de la régulation) devront conclure entre eux une convention organisant leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre les exigences prévues par le décret. Cette convention est conclue dans le respect des contrats et programmes auxquels l'activité répond.

T2A, MIGAC et FIOCS pour le financement

Le financement de l'activité de télémédecine s'inscrit dans le droit commun du financement des établissements et professionnels de santé.

L'activité de télémédecine bénéficie donc du financement T2A. Le décret précise qu'elle peut également bénéficier des financements accordés au titre des MIGAC et FIOCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins).

Dix-huit mois pour la mise en conformité

Les établissements disposent d'un délai de 18 mois à compter de la publication du décret (le 21 octobre 2010) pour se mettre en conformité avec ses dispositions.

Nous souhaitons attirer votre attention sur l'appel à projets « Télémédecine » lancé par l'ASIP Santé. Ce programme a pour objectif de soutenir la mise en place de projets nouveaux et le déploiement de projets existants des activités de télémédecine suivantes : téléconsultation, télé-expertise, téléassistance.

Les candidats ont jusqu'au 30 novembre 2010 pour déposer leurs dossiers.

Vous trouverez en pièce jointe le mail de l'ASIP Santé, le cahier des charges et les dossiers de candidatures pour cet appel à projets.

- ▶ Fatiha ATOUF (fatiha.atouf.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.



The background features large, stylized blue letters 'D', 'L', and 'S' on a dark blue background. The 'D' is on the left, the 'L' is a vertical bar in the center, and the 'S' is on the right. The text is centered in the middle of the 'L' bar.

LES ÉDITOS
DU PRÉSIDENT
LAMINE GHARBI

EDITOS

JEUDI 12 NOVEMBRE 2009

PARCE QUE NOUS LE VALONS BIEN !

Le « reste à charge » est un des sujets de discorde avec nos médecins et de brouille avec l'opinion publique. En effet, nous maîtrisons peu les paramètres multiples qui composent cette équation et nos tutelles ne sont pas promptes à vouloir s'engager sur ce terrain politiquement miné. Au-delà d'une pensée technico-économique, réfléchissons un instant à ce que nous, citoyens, sommes prêts à payer ? Beaucoup pour s'offrir les idéaux promis par les marques de cosmétiques, beaucoup également (113 € par mois en moyenne

**UNE BONNE SANTÉ VA DE SOI
ET NE FAIT PLUS RÊVER PERSONNE
DANS LES PAYS INDUSTRIALISÉS.**

pour un ménage. Source : Idate) pour s'offrir la panoplie du « connecting people » mise à disposition sur le marché de la téléphonie et ZERO ! pour notre santé car une bonne santé va de soi et ne fait plus rêver personne dans les pays industrialisés (et que naturellement l'État doit y pourvoir). Dans cet esprit, le « reste à charge » est intolérable car il nous renvoie aux faiblesses d'un système, à la limite de nos moyens, sans rien apporter de neuf à notre moral. C'est donc aussi d'imagination et d'inspiration dont nous aurons besoin pour résoudre cette problématique.

La campagne « Tarif unique » court toujours : soyez-en également les acteurs (www.hostocomparateur.com, film « Tarif unique » sur le site de la FHP-MCO).

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 19 NOVEMBRE 2009

À BUT LUCRATIF ?

Les résultats de l'Observatoire économique et financier des cliniques MCO 2009 de CTC Conseil viennent de tomber : la dégradation de la situation financière de nos établissements perdure (données 2008). 42 % des établissements de l'échantillon sont en déficit contre près d'un tiers l'an dernier. 69 %

ALORS ON PEUT AFFIRMER SANS HÉSITER QUE, BIEN QUE L'APPELLATION « À BUT LUCRATIF » DEMEURE DANS L'ESPRIT CHAGRIN DE LA FHF, LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS MCO NE SONT PLUS EN CAPACITÉ D'ATTEINDRE CET OBJECTIF.

des établissements se situent en dessous du seuil de résultat net préconisé par les experts financiers (à savoir 3 %). Les remboursements de l'Assurance Maladie ne couvrent plus les charges engagées. Enfin, même s'il reste positif, l'excédent brut d'exploitation (EBE) se dégrade fortement. Il permet à minima de se consacrer uniquement aux investissements.

Alors on peut affirmer sans hésiter que, bien que l'appellation « à but lucratif » demeure dans l'esprit chagrin de la FHF, les établissements privés MCO ne sont plus en capacité d'atteindre cet objectif.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 26 NOVEMBRE 2009

RENCONTRONS-NOUS !

La pluralité et la richesse de nos profils font notre force et notre faiblesse. Les portraits vidéo que nous avons faits de vous durant les Rencontres annuelles de la FHP révèlent des parcours très étonnants, des formations solides, des expériences riches mais surtout une volonté farouche de se battre ! Une faiblesse car, alors que les professionnels du secteur public, tous formatés sur le même moule, se dressent comme un seul homme, notre corporation a du mal à se mobiliser. Nos tutelles ont également fait ce constat et savent depuis longtemps en tirer avantage. Vous avez été nombreux jeudi et vendredi dernier

**LA PLURALITÉ ET LA RICHESSE
DE NOS PROFILS FONT NOTRE FORCE
ET NOTRE FAIBLESSE.**

à venir à Paris « aux nouvelles ». La jeune FHP-MCO a tenu sa place en aménageant un temps de travail mais également un temps de réflexion en compagnie d'un chef d'orchestre, manager hors pair. Vous avez acté notre bilan 2009 (à recevoir le document : « Une année d'engagements ») et voté le budget 2010. Enfin, nous regrettons amèrement l'absence de Roselyne Bachelot, réquisitionnée au dernier moment ? Nous aurions souhaité lui exprimer nos revendications mais surtout témoigner ensemble de notre engagement d'entrepreneur et de soignant à accueillir un patient sur deux en France. Un reportage sur ces Rencontres sera prochainement mis en ligne sur notre site, nous espérons qu'il vous donnera envie de venir plus nombreux l'année prochaine. La campagne « Tarif unique » continue : faites signer notre pétition www.hostocomparateur.com.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 3 DÉCEMBRE 2009

DES PROPOS VOLATILES !

On ne peut pas nous reprocher de ne pas assurer des missions de service public et nous en refuser l'accès par la mise en place de procédures restrictives ! C'est pourtant la situation paradoxale dans laquelle nous nous trouvons. Lors des Rencontres annuelles le 20 novembre dernier, la profession s'était réjouie des propos de Annie Podeur : « la procédure de droit commun pour l'attribution des missions sera l'appel à candidatures, ce qui garantit toute la publicité requise. Il en sera de même pour la transparence des critères d'attribution, comme dans toute délégation de service public. L'ARS devra se fonder

ON NE PEUT PAS NOUS REPROCHER DE NE PAS ASSURER DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC ET NOUS EN REFUSER L'ACCÈS PAR LA MISE EN PLACE DE PROCÉDURES RESTRICTIVES !

avant tout sur la qualité du service sur laquelle s'engage le prestataire. Il n'est pas question d'introduire des critères liés à la nature juridique du co-contractant, tels que son caractère public ou l'attribution d'un label d'ESPI ». Le 1^{er} décembre, une dépêche de presse rapporte des propos de la ministre affirmant une position toute différente : « Le constat de carence du secteur public dans un territoire sera toujours préalable à l'attribution de ces missions à un établissement privé ».

Avec la guerre des tarifs qui va nous mener jusqu'au 1^{er} mars, voici notre nouvelle bataille !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 10 DÉCEMBRE 2009

LETRE OUVERTE À MADAME LA MINISTRE ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN SAUVEZ LE LIBRE-CHOIX DES FRANÇAISES!

Avec plus de 230 000 accouchements dans nos maternités par an, nous constituons une force vive, qui a toujours assuré son rôle de santé publique et de permanence des soins, sur laquelle il convient de s'appuyer fortement. Nous assurons ainsi près d'un accouchement sur trois. Aujourd'hui, la pérennité de cette activité au sein des établissements de santé privés est très sérieusement remise en cause pour des motifs de responsabilité civile de 1200 praticiens obstétriciens qui y exercent chaque jour, 24h/24 et 365j/365. La problématique assurantielle de nos praticiens obstétriciens appelle très rapidement des aménagements législatifs et réglementaires car elle constitue indéniablement un risque majeur d'arrêt du secteur privé et, de ce fait, au maintien du libre choix du patient. Qui plus est, la disparition des maternités privées conduirait à générer près de 100 millions d'euros de dépenses supplémentaires pour l'Assurance Maladie. Un accouchement au sein des établissements de santé privés est payé par la sécurité sociale près de 400 euros de moins qu'un accouchement réalisé au sein des établissements de santé publics. Le récent amendement gouvernemental pris dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale ne résout pas le problème soulevé par le paiement des dommages et intérêts dépassant les plafonds d'assurance des médecins. Il ajoute en outre une nouvelle règle relative à la solvabilité du praticien qui maintient, voire amplifie, l'insécurité juridique et financière des obstétriciens libéraux. Nous vous demandons, Madame la Ministre de la Santé, de bien vouloir prendre en considération le cri d'alarme de nos obstétriciens et de nos établissements, sans quoi, la pluralité de notre système de santé sera remise en cause à court terme avec un double effet... économique et qualitatif... Les enjeux de santé publique et économique n'ont jamais été aussi criants que la situation actuelle des maternités privées. Il y a urgence à agir. Aujourd'hui 28 départements de notre territoire national n'ont déjà plus de maternité privée. Voulez-vous atteindre les 97 départements? Nous comptons sur votre sensibilité et votre souci de maintenir notre système de santé. Nous restons, avec nos obstétriciens, à votre disposition pour agir ensemble dans l'intérêt de tous.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 17 DÉCEMBRE 2009

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE A : L'ENGAGEMENT DES CLINIQUES MCO

Les établissements hospitaliers privés sont des acteurs essentiels du paysage sanitaire français : comment pourraient-ils ne pas s'inscrire activement dans le dispositif de prévention de la pandémie grippale ? Dans le brouhaha généralisé, il est temps de dire que, non seulement nos établissements sont en alerte depuis cet été – suivi au jour le jour de l'évolution des recommandations des

À LA DEVINETTE, QUEL EST LE COMBLE DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE, NOUS POURRIONS RÉPONDRE : REFUSER AUX CLINIQUES L'AUTORISATION DE VACCINER LA POPULATION ET LES ACCUSER EN MÊME TEMPS DE NE PAS EXERCER DE MISSION DE SERVICE PUBLIC !

tutelles, inscription d'une annexe grippe A au plan blanc de l'établissement, mise en place d'un plan de continuité d'activité – mais également que nous souhaitons participer activement au dispositif de vaccination. Rappelons que nos établissements sont situés au plus près des citoyens sur l'ensemble du territoire français, et à leur disposition. À la devinette, quel est le comble de l'hospitalisation privée, nous pourrions répondre :

refuser aux cliniques l'autorisation de vacciner la population et les accuser en même temps de ne pas exercer de mission de service public ! Alors Madame la Ministre, dans ce vaste dispositif plus de 90 millions de doses de vaccin achetées par l'État, et environ 4 millions utilisées et une enveloppe financière conséquente dédiée, il y a, sans aucun doute, une place pour l'hospitalisation privée ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 24 DÉCEMBRE 2009

EN MARCHÉ POUR 2010

Nous avons fait un bilan de cette première année d'engagement 2009 à l'occasion des Rencontres annuelles de la FHP fin novembre dernier. 2009 se clôt sur de rares satisfactions mais s'achève toutefois avec la certitude d'avoir fait bouger les lignes. « Ténacité » sera notre maître mot pour 2010. Notre profession est ambitieuse et elle a besoin de visibilité. Une stratégie à moyen et long terme sera élaborée au cours d'un séminaire que nous allons proposer à nos administrateurs les 16 et 17 mars 2010. Nous définirons nos objectifs, les grands positionnements du secteur, nous bâtirons notre programme politique, notre futur. Mais en ce qui concerne le présent, je vous souhaite de très joyeuses fêtes de fin d'année.

**NOTRE PROFESSION EST AMBITIEUSE
ET ELLE A BESOIN DE VISIBILITÉ.**

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 7 JANVIER 2010

« PUISSANT LOBBY »

« Les cliniques sont redoutablement organisées, les blocs opératoires tournent à plein régime, le suivi des patients est plus personnalisé » ! C'est en ces termes que Le Point décrit l'hospitalisation privée en introduction du Palmarès 2010 des cliniques sorti ce matin. Nous avons rencontré en décembre l'équipe rédactionnelle en charge du dossier, palmarès doyen du genre en France, et les vérités de notre secteur passent peu à peu le mur de la désinformation. 2010 sera l'année où nous allons enfin sans honte endosser notre rôle d'acteur sanitaire incontournable et en capacité, légitimement, à peser sur les décisions. Nous nous lançons dans un travail de déconstruction des préjugés et d'affirmation de nos compétences. Enfin, même s'il ne sert à rien d'ajouter de nouvelles critiques au tombereau auquel la ministre doit faire face à propos de sa gestion de la campagne de vaccination, nous ne pouvons pas nous empêcher d'espérer que les économies réalisées dans la revente des vaccins soient attribuées à la revalorisation de notre secteur...

NOUS NOUS LANÇONS DANS UN TRAVAIL DE DÉCONSTRUCTION DES PRÉJUGÉS ET D'AFFIRMATION DE NOS COMPÉTENCES.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 14 JANVIER 2010

UNE MAIN DE FER DANS UN GANT DE VELOURS

Mardi à Perpignan, Nicolas Sarkozy présentait ses vœux au monde de la santé. La FHP-LR ne s'y était pas trompée en appelant au boycott des vœux alors que le président rassurait l'hôpital et confortait les infirmières dans leurs revendications, il n'a pas prononcé un seul mot sur notre secteur... dans une région où le Privé réalise 85 % de l'activité chirurgicale et 55 % des urgences. Étonnant ? Non ?... Consternant !... oui ! Roselyne Bachelot a confirmé sa venue aux vœux de la profession mercredi 20 janvier. Elle nous invitera à reconnaître l'augmentation sensible de l'ONDAM en dépit de la crise et nous rassurera sur l'intérêt qu'elle porte à l'hospitalisation privée. Quel présent lui remettrons-nous en 2010 ? Un cactus, un bouquet de roses ? Le respect se gagne par la crainte que l'on suscite mais également par la capacité de négociation dont

**LE RESPECT SE GAGNE PAR LA CRAINTE
QUE L'ON SUSCITE MAIS ÉGALEMENT
PAR LA CAPACITÉ DE NÉGOCIATION
DONT ON FAIT PREUVE.**

on fait preuve. Comment lui tendre une main de fer dans un gant de velours ? Alors, nous égrènerons nos doléances avec toute notre force de conviction : notre ténacité à revendiquer un tarif unique, la concurrence déloyale à laquelle se livrent hôpitaux et cliniques partout en France dans la chasse aux autorisations, l'incapacité de bon nombre d'établissements à faire face à une augmentation des tarifs 2010 proche du zéro, couplée à une augmentation des charges et en premier lieu celles liées aux salaires des infirmières... Mais nous lui rappellerons également que se détourner des 750 cliniques MCO, c'est tourner le dos aux 8 millions de patients qui nous choisissent, aux 140 000 salariés et 40 000 praticiens qui travaillent dans nos structures et auxquels il sera plus difficile, le jour venu, de rendre des comptes.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS



JEUDI 21 JANVIER 2010

SOYONS CONNECTÉS !

Roselyne Bachelot a reçu 5 sur 5 ce message lorsque nous lui avons offert un téléphone portable lors des vœux de l'hospitalisation privée qui se tenait mercredi soir. Il est élégant, noir, avec un liseré jaune et le numéro direct de la FHP-MCO y est paramétré. Se parler devient vital car le dénominateur commun de nos dossiers est une incapacité à dialoguer efficacement avec le ministère et ses services.

SE PARLER DEVIENT VITAL CAR LE DÉNOMINATEUR COMMUN DE NOS DOSSIERS EST UNE INCAPACITÉ À DIALOGUER EFFICACEMENT AVEC LE MINISTÈRE ET SES SERVICES.

Sur l'essentiel, notre ministre n'y est pas allée par quatre chemins : « l'impact sur les tarifs de 2010 du dépassement constaté en 2009 (4 %) ne sera pas neutre.

Nous ne pourrons garantir, dans les prochaines années, des taux d'évolution des tarifs satisfaisants, quelles que soient les disciplines et quels que soient les secteurs, que si nous engageons une [telle] réflexion ». De notre côté, nous tenions à lui rappeler notre opposition farouche au report de la convergence et à une baisse tarifaire en 2010, notre vive inquiétude quant à un système de financement vampirisé par une politique de subven-

TENIR LE CAP
DE NOS ENGAGEMENTS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

EDITOS

tions à l'aide d'une enveloppe MIGAC de 7,7 milliards d'euros, c'est-à-dire, autant que le budget de notre secteur. Nous lui avons demandé que les 3 % de hausse de l'enveloppe MIGAC (200 millions d'euros) soient en totalité attribués à notre secteur. Alors, oui Madame la Ministre, nous attendons votre appel pour connaître tout au moins la méthodologie de convergence ciblée sur quelques GHS ou encore le fléchage des 300 millions d'économies sur les vaccins revendus. Puis, nous lui avons exprimé nos deux premiers agacements de cette nouvelle année. Le premier avec un projet d'arrêté de réintégration de l'EPO dans le forfait dialyse qui, pour une économie très modeste, met le feu à l'ensemble des acteurs de dialyse et en premier lieu les associations de patients. Le deuxième a trait à une absence totale d'écoute de la problématique assurantielle de nos gynécologues obstétriciens et de notre difficulté à conserver nos maternités privées en France. Enfin, nous l'avons invitée à être la marraine de notre première journée thématique le 8 mars 2010 (jour de la femme) et portant donc naturellement sur le « management d'une clinique au féminin ». Alors, en effet, parlons-nous.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 28 JANVIER 2010

FEMMES, EN AVANT TOUTES...

Présente ! Roselyne Bachelot a répondu « présente » la première, pour être parmi nous lors de la journée thématique de la FHP-MCO 2010 « manager une clinique au féminin », le 8 mars à Paris. Sur le comment les femmes résonnent avec l'univers de la santé, le témoignage de la femme la plus gradée de notre secteur nous réjouit d'avance. Tout autant que celui des femmes dirigeantes d'un établissement Psy, SSR ou d'une maison de retraite. C'est l'ensemble de la profession que nous convions à cette rencontre/débat dédiée aux femmes et articulée autour de quatre thématiques – argent, communication, ressources humaines et développement durable. Mesdames, quels sont vos profils, vos parcours, les freins ou les facilitations que vous rencontrez, quelle est votre approche de l'exercice de votre métier de manager en santé ? Écouter, échanger, réfléchir, valoriser, construire et développer seront résolument les verbes d'action de la FHP-MCO pour 2010.

MESDAMES, QUELS SONT VOS PROFILS, VOS PARCOURS, LES FREINS OU LES FACILITATIONS QUE VOUS RENCONTREZ, QUELLE EST VOTRE APPROCHE DE L'EXERCICE DE VOTRE MÉTIER DE MANAGER EN SANTÉ ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 4 FÉVRIER 2010

LA MUSIQUE S'ACCÉLÈRE !

Le front uni constitué des établissements privés et PSPH (ESPIC depuis HPST), associations de patients, sociétés savantes et syndicats de praticiens manifeste à nouveau bruyamment son opposition au projet d'arrêté de réintégration du traitement de l'EPO dans le forfait dialyse. Le « front » a signé une lettre ouverte à Nicolas Sarkozy publiée aujourd'hui dans Le Figaro, Le Monde et dimanche, dans le JDD, envoyée à tous les parlementaires et remise aux patients dialysés. Comme hier pour sa composante dialyse, la FHP-MCO se met à la disposition de l'UNHPC pour réagir à un dossier tout aussi

LES MOULINETTES DE L'ATIH SONT EN SURCHAUFFE À L'APPROCHE DU 1^{ER} MARS ; LE MINISTÈRE ACCÉLÈRE LA MUSIQUE ET CHERCHE DES SOLUTIONS À LA QUADRATURE DU CERCLE FINANCIER.

brûlant concernant la sortie de cinq traitements courants de chimiothérapie de la liste en sus, et ce, dans trois semaines. Les moulinettes de l'ATIH sont en surchauffe à l'approche du 1^{er} mars ; le ministère accélère la musique et cherche des solutions à la quadrature du cercle financier. Enfin, pour tous ceux qui n'auraient ni dialyse, ni cancérologie et pensaient passer entre les gouttes, un projet de loi prévoit une augmentation des sanctions financières dans le cadre des contrôles T2A. Nous ne manquerons pas de réagir vivement à ce projet de décret et nous vous demandons de bien vouloir nous faire part de toute sanction financière qui serait appliquée à votre établissement dans le cadre de ces contrôles. Nos deux rdv** au sommet aujourd'hui tombent à point nommé car, Messieurs les décideurs, nous avons quelques sujets à débattre avec vous !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

** [rdv avec le directeur de cabinet de Roselyne Bachelot puis à l'Élysée avec Raymond Soubie, conseiller du président de la République]

EDITOS

JEUDI 11 FÉVRIER 2010

VOTER UTILE OU POLITIQUE ?

Nous avons en commun avec le corps médical libéral des relations de nécessité, mais surtout de désamour, avec les pouvoirs publics. Les alertes se multiplient : le nombre de médecins baisserait de 10 % dans les dix ans à venir selon une projection de la DREES, et plus grave encore, sur 10 inscriptions à l'Ordre, une seule est en secteur libéral. Les gynécologues n'arrivent pas à régler la

COMPTERAIT-IL SUR LA FIDÉLITÉ SANS FAILLE DE NOTRE VOTE, COMME CHAQUE MEMBRE D'UN COUPLE COMPTE SUR LA FIDÉLITÉ DE L'AUTRE ? AU PAYS DE MARIVAUX, QUE PENSEZ-VOUS DE JOUER LES FAUTEURS DE TROUBLES AUX PROCHAINES ÉLECTIONS RÉGIONALES ?

problématique de leur RCP, de même que les chirurgiens et les anesthésistes. Alors que notre secteur privé sauve la sécurité sociale de l'implosion, nos tarifs flirteront avec un 0 % d'augmentation au 1^{er} mars. Pire encore, la convergence intrasectorielle continuera ses effets dévastateurs et inégalitaires.

Pourquoi notre gouvernement ne fait-il aucun effort pour nous séduire ? Compterait-il sur la fidélité sans faille de notre vote, comme chaque membre d'un couple compte sur la fidélité de l'autre ? Au pays de Marivaux, que pensez-vous de jouer les fauteurs de troubles aux prochaines élections régionales ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 18 FÉVRIER 2010

UN ANTI-PLAN CANCER

400 000, 600 000 €, c'est l'ordre de mesure pour certains établissements de l'impact financier du projet de décret de retrait de 5 traitements de chimiothérapie de la liste en sus. Le ministère reculait la semaine dernière concernant l'EPO, il se cabre aujourd'hui concernant la cancérologie. Alors demain, qui va payer ? C'est la question que nous posons aux pouvoirs publics dans une

LE MINISTÈRE RECALAIT LA SEMAINE DERNIÈRE CONCERNANT L'EPO, IL SE CABRE AUJOURD'HUI CONCERNANT LA CANCÉROLOGIE.

pleine page publiée dans le journal Le Monde aujourd'hui (et daté du 19 février). « Ce projet de décret est en contradiction avec la mesure 21 du Plan Cancer : garantir un égal accès aux traitements et aux innovations et sur lequel s'est engagé solennellement Nicolas Sarkozy » martèlent la FHP-MCO et l'UNHPC qui pilotent de concert le dossier. Il nous reste 7 jours pour intensifier nos actions. La cancérologie est-elle un des moyens pour la tutelle de combler le dépassement de l'ODMCO 2009 ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 25 FÉVRIER 2010

L'ÉPREUVE QUE NOUS REDOUTONS TOUS !

Avec impatience et crainte nous attendons la publication des tarifs 2010. Le couperet tombera d'ici lundi. Le ministère ne nous a laissé aucun espoir et nous vous avons alertés le plus en amont possible : nos tarifs évolueront de... 0 %. Plus le déficit de l'État français approche du seuil tolérable par l'Europe et plus les pouvoirs publics adopteront une posture macro-économique, avec comme unique objectif de faire entrer les dépenses de santé dans un ONDAM de plus en plus réduit. Plus les tensions se feront sentir sur le terrain et plus nos établissements ne comprendront qu'une logique micro-économique. La FHP-MCO devra mettre en cohérence deux réalités contradictoires et parler deux langues... nous cherchons un interprète !
Bon courage à tous.

LA FHP-MCO DEVRA METTRE EN COHÉRENCE DEUX RÉALITÉS CONTRADICTOIRES ET PARLER DEUX LANGUES... NOUS CHERCHONS UN INTERPRÈTE !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDI TOS

JEUDI 11 MARS 2010

IMMOBILISME ?

Le magazine Sciences et Avenir relate la découverte de la plus ancienne intervention chirurgicale en France, plus de 6 000 ans, très exactement en Seine et Marne. Il s'agit de l'amputation d'un membre réalisée au silex. Dans la mesure où l'hôpital public n'existait pas, nous pouvons porter cette intervention au crédit de l'hospitalisation MCO privée, preuve donc d'une réelle expertise dans ce secteur ! (un grand merci à Laurent Castra qui nous a rapporté cette anecdote. Responsable du pôle économique de la FHP, il nous quitte pour mettre ses

DANS LA MESURE OÙ L'HÔPITAL PUBLIC N'EXISTAIT PAS, NOUS POUVONS PORTER CETTE INTERVENTION AU CRÉDIT DE L'HOSPITALISATION MCO PRIVÉE, PREUVE DONC D'UNE RÉELLE EXPERTISE DANS CE SECTEUR !

compétences à disposition de l'ARS des Pays-de-la-Loire). La pertinence de cet acte était-elle avérée ? La question de la pertinence des actes est le chantier qui nous attend. L'hôpital public, dans ses derniers retranchements et peu crédible dans son invocation d'une répartition inéquitable des ressources, s'attaque résolument à cette question : « La FHP regrette qu'une véritable démarche d'évaluation de la pertinence des actes ne soit pas entreprise, car elle seule peut permettre de maîtriser les coûts de l'hospitalisation publique et privée sans nuire à la qualité des soins ». Les discussions ne se feront pas avec ceux qui prônent l'immobilisme, se défendent nos interlocuteurs au ministère, précisant que nous entrons dans une période de crise de 3 à 5 ans ! Immobilisme ? connais pas ! Nous invitons tous les adhérents concernés par la chimiothérapie à se rassembler pour une journée de crise et de propositions d'actions le 2 avril, et, en parallèle d'une campagne de valorisation du secteur prévue pour le printemps, nous relançons et amplifions notre campagne du « Tarif unique » !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 18 MARS 2010

ANTICIPER

C'est la clé ! répètent en boucle les experts en gestion de crise. Nous ressentons l'exercice de notre métier comme une succession ininterrompue de mini-crisis. Les pouvoirs publics nous imposent l'improvisation comme mode managérial alors que le bon sens ou notre instinct de survie nous rappelle la nécessité de l'anticipation. Alors, Anne, ma sœur Anne, que voyez vous venir ? Je vois venir les MIGAC qui comme vous le savez, imputent gravement nos tarifs : alors n'hésitez pas à les demander systématiquement. La FHP-MCO s'engage à faire connaître les refus non justifiés ou les absences de réponses. Je vois venir le chantier de la pertinence des actes sur lequel nous nous devons de nous engager. Enfin, je vois venir 2 jours de séminaires les 14 et 15 avril durant lesquels les administrateurs de la FHP-MCO vont travailler à identifier et mettre en forme les grandes postures syndicales, les objectifs à court, moyen et long terme. Bref, dessiner le MCO privé de demain et tracer les chemins pour y accéder et surtout pour bâtir le plan de crise, de communication et de lobbying qui s'impose au regard des effets dévastateurs de la campagne tarifaire 2010.

LES POUVOIRS PUBLICS NOUS IMPOSENT L'IMPROVISATION COMME MODE MANAGÉRIAL ALORS QUE LE BON SENS OU NOTRE INSTINCT DE SURVIE NOUS RAPPELLE LA NÉCESSITÉ DE L'ANTICIPATION.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 25 MARS 2010

UN GÂTEAU À PARTAGER

Obama vient d'arracher de justesse au Sénat la première réforme de la santé depuis 1962. L'Amérique qui permet à 32 millions de personnes qui en étaient dépourvues de disposer d'une couverture maladie, nous semble plus proche. Et pourtant, plus d'un océan nous sépare ! Une majorité de Français considère que la santé n'a pas de prix, qu'elle est un dû et que l'État providence pourvoira. Alors que nous épiloguons sur la cerise, d'autres n'ont aucun gâteau

**ALORS QUE NOUS ÉPILOGUONS
SUR LA CERISE, D'AUTRES N'ONT
AUCUN GÂTEAU À PARTAGER.**

à partager. En effet, la sécurité sociale, notre système solidaire n'existe pas aux États-Unis et 14 millions d'Américains restent encore sur le carreau, ou encore 10 % des Allemands sont assurés « privé ». Faire basculer le balancier politique de droite à gauche, n'est pas une réponse suffisante. Est-on prêt en France à faire face de façon lucide et responsable aux difficultés qui se présentent à nous ? L'hospitalisation privée a un message politique fort à exprimer, grâce à son efficience et à son coût pour la communauté, elle sauve la sécu !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 1 AVRIL 2010

UNE DÉPÊCHE QUI FAIT COULER DE L'ENCRE...

La dépêche du 16 mars intitulée « Honoraires et salariat des médecins », écrite dans un souci de préciser des éléments techniques, a déclenché les foudres des syndicats de praticiens : le pôle AOC-CSMF « dénonce » l'initiative de la FHP-MCO, « qui a entrepris de promouvoir la récupération des honoraires et d'inciter au salariat des médecins libéraux exerçant dans ses établissements. (...) contraire aux intérêts des médecins libéraux qui travaillent dans les établissements ». « Il est un peu cavalier de la part de la FHP-MCO d'envoyer une circulaire pour dire comment salarier les médecins des cliniques », a déclaré le Dr Jacques Caton. « On va au conflit avec la FHP-MCO si elle continue ». « Il est clair que l'indépendance professionnelle et la liberté de prescription seront très vite soumises à des impératifs économiques qui risquent d'être de plus en plus lourds en raison de la situation financière difficile des établissements de soins privés », estime le Symbop, qui « appelle la FHP-MCO à la raison » et l'ensemble des médecins « à se battre jusqu'au bout pour maintenir leur indépendance professionnelle ». La FHP-MCO en appelle à un apaisement et rappelle qu'il convient d'être pragmatique et pratique, car en aucun cas la FHP-MCO ne plaide pour un changement de mode de rémunération des médecins mais simplement pour une possibilité de pouvoir répondre dans certains cas, à des impossibilités ou des difficultés importantes de recrutement de médecins libéraux. Le choix n'étant en rien péjoratif, il convient donc de regarder cette nouvelle possibilité comme une réelle opportunité de répondre à une meilleure offre de soins.

IL CONVIENT DONC DE REGARDER
CETTE NOUVELLE POSSIBILITÉ COMME
UNE RÉELLE OPPORTUNITÉ
DE RÉPONDRE À UNE MEILLEURE
OFFRE DE SOINS.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

TENIR LE CAP
DE NOS ENGAGEMENTS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

EDITOS

JEUDI 8 AVRIL 2010

2012 : FIN DE LA TEMPÊTE TARIFAIRE ?

La T2A, mise en oeuvre en 2005, tant attendue par la profession, n'a eu de cesse de rechercher « les bonnes règles » d'allocation de ressources. En cinq années, nous avons eu une redéfinition de son contour, dès 2006 par une mise en oeuvre de nouvelles règles pour les actes frontières, en 2007 (les SE), mais aussi par des évolutions régulières de la classification des GHM V10c, V11a et maintenant V11b. Nous sommes passés de près de 800 tarifs à 2 300 ! En cinq années, les fondements même de la construction tarifaire ont été remis en cause, tant sur le dispositif tarifaire (fin des tarifs SPC transformés en Coefficient Haute Technicité puis en Forfait Haute Technicité, mise en oeuvre de tarifs nationaux via le coefficient de transition) que sur la méthodologie de la détermination des tarifs fondés sur les coûts élaborés sur la base d'un échantillon d'établissements de santé volontaires. En cinq années, la mécanique tarifaire entre les secteurs public et privé est semblable (le GHS !) et induit clairement un changement de comportement des établissements de santé publics cherchant alors à optimiser leur activité, incitatif totalement opposé à celui de la dotation globale. Les Hôpitaux publics affichent clairement leur volonté de nous prendre des parts de marché. Pour cela, ils vont aussi se battre plus encore pour les autorisations d'activité. Alors, pendant combien de temps, le rebrassage des cartes va-t-il se poursuivre ? La première réponse qui nous apparaît évidente est 2012. Car, en 2012, le coefficient de transition et le Forfait Haute Technicité auront achevé leur parcours. Car en 2012, voire 2011, la classification V11 ne devrait pas subir d'évolution aussi importante qu'en 2009 bien sûr mais aussi en 2010 qui constitue une année de calage et de correction. Car en 2012, l'État aura achevé son parcours consistant à fixer des tarifs en fonction des coûts. Les deux tiers du chemin ont été effectués en 2009 et 2010. Car en 2012, nous devrions avoir un dispositif stabilisé pour

EDITOS

les Unités de surveillance continue,... et bientôt pour les Unités de soins intensifs. Mais cette réponse « 2010 » ne doit pas laisser penser que le dispositif sera alors figé. La mécanique même de la T2A prévoit que le dispositif soit en mouvement, qu'il évolue dans le temps à l'image du contenu des listes en sus (médicament et DMI) ou encore de la prise en compte des nouvelles technologies, comme les valves percutanées aortiques en 2010, et demain de la robotique... Enfin, 2012 ne doit pas cacher 2018, la convergence intersectorielle des tarifs des GHS. Mais si nous parlions aussi de la convergence intersectorielle des MIGAC pour dégager des marges de manœuvre indispensables dans un environnement contraint avec un ONDAM à venir proche de 2 %... Certes, nous sommes « contraints » de gérer le mouvement. Ceci étant, un minimum de stabilité des règles du jeu est une impérieuse nécessité pour nos établissements... mais aussi pour une meilleure maîtrise des comptes de l'Assurance Maladie. Le dépassement de l'ONDAM 2009 s'explique en grande partie par les difficultés a priori, à évaluer les impacts de changements brutaux des règles tarifaires à l'image de la V11a ! Nous en appelons à la raison dans la prise de décision... et devons nous mobiliser pour que la convergence intersectorielle soit le maître mot du PLFSS 2011.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 15 AVRIL 2010

ON VA VOUS LÂCHER !

Les résultats des dernières élections régionales peuvent se répéter... L'État gouverne en prenant le pouls de l'opinion et en mesurant fébrilement ses intentions de vote pour les élections présidentielles à venir, dans deux ans. Historiquement, nos décideurs de droite comptent sur notre vote indéfectible. Et si nous les lâchions ? Le sondage publié par le Quotidien du Médecin et

IL EST TEMPS POUR LES POUVOIRS PUBLICS DE COMPTER LE NOMBRE DE COULEUVRES QUE NOUS AVALONS.

repris par Le Monde sur les intentions de vote des médecins aux élections régionales, annonçait que la communauté médicale changeait de camp ! Motivé également par les mouvements sociaux à l'AP-HP, Nicolas Sarkozy recevait à déjeuner des praticiens. Et si la confiance était brisée ? Il est temps pour les pouvoirs publics de compter le nombre de couleuvres que nous avalons : une convergence tant attendue et renvoyée aux calendes grecques, une enveloppe MIGAC à double effet kisscool : fléchée à 99 % vers le secteur public et qui plombe l'enveloppe des tarifs, une partialité dans la répartition des autorisations vérifiée dans toutes les régions... Réunis en séminaire depuis hier mercredi, les administrateurs de notre syndicat FHP-MCO ont défini les grands axes politiques, les principaux objectifs et les moyens pour y parvenir.

Et en effet... on va vous lâcher !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 22 AVRIL 2010

UN VOLCAN ISLANDAIS QUESTIONNE LA MONDIALISATION

Mère nature nous remet à notre place. Alors que le volcan fabriquait gratuitement une quantité colossale d'énergie, les dommages causés à l'économie se chiffrent en milliards. Les leçons de la fermeture de l'espace aérien américain suite au 11 septembre n'ont pas été tirées. Alors que la mondialisation est le paradigme à la mode, notre activité « franchouillarde » de santé n'a rien d'exotique. Destination « Corrèze au lieu du Zambèze » suggérait un chercheur dans les médias ! Nos établissements maillent le territoire, au plus près des Français : on s'y rend en voiture, voire en vélo, quand l'offre de soins (HAD) ne se déplace pas au domicile et à l'aide d'une voiture électrique. La délocalisation impossible de notre activité est un élément majeur souvent sous estimé dans les argumentaires que nous développons auprès de nos élus locaux, des ministères et des syndicats de salariés. Nos établissements rythment la vie économique et sociale locale, ils sont des acteurs constituants de notre pays. Notre métier n'est pas de courir le monde mais d'écouter la personne là où elle se trouve ; notre dynamique n'est pas centrifuge mais centripète. Quand les repères et certaines valeurs font défaut, nos cliniques ouvertes 24h sur 24, espaces de soin et d'accueil, deviennent des éléments structurants de notre espace public et de notre espace mental.

NOTRE MÉTIER N'EST PAS DE COURIR LE MONDE MAIS D'ÉCOUTER LA PERSONNE LÀ OÙ ELLE SE TROUVE ; NOTRE DYNAMIQUE N'EST PAS CENTRIFUGE MAIS CENTRIPÈTE.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 29 AVRIL 2010

LE RAPPORT QUALITÉ/PRIX

Pas de double discours à la Gordon Brown, en présence ou non de micro, nous disons toujours la même chose : « donnez-nous des tarifs et nous continuerons à faire notre métier ! » La commission Briet, chargée de réduire les déficits publics dans la santé, avance dans la bonne direction en proposant pour

le moins, qu'il n'y ait pas de coupe dans les tarifs en cours d'exercice. On revient de loin ! Par ailleurs, le principe de bloquer le paiement des MIGAC annoncées n'est pas brillant, car comment exiger une bonne note en gestion de son élève si on parsème son chemin de chausse-trapes ? Mais la question essentielle et préalable à poser est : le bénéfice réel

obtenu pour la population s'élève-t-il à hauteur des 8,142 milliards contenus dans l'enveloppe des MIGAC ? Le rapport « qualité/prix » s'applique ici comme ailleurs. Il est posé en filigrane du dossier « Hôpitaux sous perfusion » du magazine Le cri du contribuable, mais également de l'enquête publiée par Que choisir sur les dépassements d'honoraires de nos praticiens.

MAIS LA QUESTION ESSENTIELLE ET PRÉALABLE À POSER EST : LE BÉNÉFICE RÉEL OBTENU POUR LA POPULATION S'ÉLÈVE-T-IL À HAUTEUR DES 8,142 MILLIARDS CONTENUS DANS L'ENVELOPPE DES MIGAC ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 6 MAI 2010

LA PERTINENCE DES ACTES

Dépassements d'honoraires, pertinence des actes, les praticiens hospitaliers libéraux sont au cœur de l'actualité et entraînent nos cliniques malgré elles sous les projecteurs des médias. Comment réinventer sans cesse avec le corps médical, des relations à la fois de proximité mais également respectueuses de

l'autonomie de chacun ? Le praticien a besoin de son outil de travail, l'établissement a besoin de ses praticiens et le patient a besoin des deux. Notre secteur ne fera pas l'économie d'un grand débat sur les dépassements d'honoraires qui constituent un frein réel à l'accès à nos établissements. Les excès

d'une minorité nous coûtent cher en image. Nous n'éviterons pas non plus un grand débat sur la pertinence des actes sur laquelle nous devons être irréprochables. Une étude réalisée par l'échelon régional du service médical du Languedoc-Roussillon, portée à notre connaissance, démontre que la surconsommation des actes dans la région concernée en 2008, est pour 37 % dans le secteur privé et pour 30 % dans le secteur public, injustifiée. Entre perte de chance et pertinence des actes, l'affaire n'est pas facile. Sociétés savantes, syndicats de praticiens, établissements privés, il est temps que nous débattons et que nous nous en expliquions auprès de nos patients.

NOTRE SECTEUR NE FERA PAS L'ÉCONOMIE D'UN GRAND DÉBAT SUR LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES QUI CONSTITUENT UN FREIN RÉEL À L'ACCÈS À NOS ÉTABLISSEMENTS.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 13 MAI 2010

SERVICE CLIENT !

Pas un jour ne passe sans que l'un d'entre vous ne sollicite l'équipe de la FHP-MCO à propos des contrôles T2A. Incohérence et iniquité du système, règles nationales mais interprétation et traitement régional, indus et sanctions financières disproportionnées... les inquiétudes et les motifs de colère sont nombreux. Ce dossier nécessite une approche très technique mais il est avant tout représentatif du mode relationnel que les tutelles entretiennent à l'égard de notre secteur. Nous serons tous sur le pont avec nos intervenants à votre service le 16 juin, à Paris à l'occasion de la prochaine journée thématique FHP-MCO sur le sujet. Présentation du dossier par les représentants DGOS, DSS et la CNAMTS, et interventions d'experts sont au programme. Nous avons conçu cette journée fidèle à l'esprit du syndicat : absence de langue de bois, liberté d'expression, pluralité des idées, dans une approche constructive aboutissant à des actions concrètes. Votre présence nombreuse et votre participation active seront autant d'éléments de motivation des tutelles à revoir ou améliorer leur copie. Au plaisir de vous accueillir le 16 juin.

NOUS AVONS CONÇU CETTE JOURNÉE FIDÈLE À L'ESPRIT DU SYNDICAT : ABSENCE DE LANGUE DE BOIS, LIBERTÉ D'EXPRESSION, PLURALITÉ DES IDÉES, DANS UNE APPROCHE CONSTRUCTIVE ABOUTISSANT À DES ACTIONS CONCRÈTES.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 20 MAI 2010

CE QUI NOUS RASSEMBLE

La FHP-MCO, à l'instar des autres fédérations – FHF, FEHAP, FNHAD et FNCLCC –, était invitée mardi à la journée nationale des médecins conseils. Nous étions extrêmement volontaires pour exprimer toutes les difficultés que notre secteur rencontre concernant les raisons des contrôles, leur forme et la proportion des sanctions et pénalités. Même si ces dernières n'ont pas les mêmes conséquences pour l'hôpital que pour la clinique, il n'en demeure pas moins que le référentiel des médecins conseils et le ressenti des profession-

**CHER PRÉSIDENT NICOLAS SARKOZY,
NOUS SOMMES VOTRE HOMME
POUR SAUVER LA SÉCU,
ET MODESTEMENT POUR VOUS AIDER
À TENIR VOTRE ENGAGEMENT D'UN
DÉFICIT À 3 % EN 2013.**

nels de santé sont identiques. Autre dénominateur commun : l'augmentation de nos charges. Les secteurs public et privé subissent de plein fouet l'augmentation des charges générant un déficit potentiel d'un côté, et une profonde inquiétude de l'autre, compte tenu d'une enveloppe MIGAC qui pourra être gelée. C'est sur ce terrain que les trois fédérations travaillent de concert en déposant une proposition de loi visant à créer un ISH (Indice santé hospitalier), version sanitaire de l'indice à la construction. En revanche, à l'heure où les déficits suicidaires grecs et également espagnols et portugais obligent urgemment la France à réduire sa dette, le secteur privé devient un interlocuteur beaucoup plus intéressant que son confrère. Sur les 8,2 % du PIB que représentent les déficits publics, celui de la sécurité sociale pèse à hauteur de 1,7 %. Cher président Nicolas Sarkozy, nous sommes votre homme pour sauver la sécu, et modestement pour vous aider à tenir votre engagement d'un déficit à 3 % en 2013.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

TENIR LE CAP
DE NOS ENGAGEMENTS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

EDITOS

JEUDI 27 MAI 2010

MAIS OÙ EST NOTRE ENVELOPPE SOCIALE ?

La CGT démarrait mardi matin une grève dans toutes les cliniques de Montpellier. Une délégation envahissait les bureaux de la FHP Languedoc-Roussillon hier après midi, refusant de comprendre que l'échelon régional n'est

LA BÊTE EST ENCORE GRASSE, NOUS LANCE-T-ON ! COMMENT PEUT-ELLE L'ÊTRE AVEC UNE ALIMENTATION À 0 % ? RÉPOND-ON.

pas pertinent au regard des négociations salariales. Déprogrammations des interventions, grogne des médecins et des usagers, durcissement des positions, le cortège des ennuis s'allonge. Le tempo des salariés exigeant une réponse immédiate ne s'accorde pas à celui, politique, du ministère. Impossible alors pour le chef d'orchestre de jouer cette partition qui s'écrit au fur et à mesure par un compositeur fou. La bête est encore grasse, nous lance-t-on ! Comment peut-elle l'être avec une alimentation à 0 % ? répond-on. Ce n'est pas l'envie de prendre à notre tour les tutelles en otage qui nous manque mais le moyen. Une enveloppe sociale dédiée sera l'unique moyen de digérer l'entrée en charge demain de la LMD. L'obtenir est notre objectif.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 3 JUIN 2010

POUR LE MEILLEUR ET POUR LE PIRE

La toile Internet est un grand espace de liberté. Entre une formidable machine à fabriquer l'opinion et un simple divertissement pour les jeunes générations, les experts cherchent la bonne analyse. La FHP-MCO a décidé de prendre la parole dans le contexte maîtrisé d'un nouveau site internet (www.fhp-mco.fr) et d'un blog (<http://laminegharbi.wordpress.com>). Le web.2, quant à lui appartient de façon débridée aux internautes : déferlante de forums, réseaux sociaux, twitter, etc. 27 000 internautes démissionnaient mardi de Facebook à l'occasion d'une journée internationale de protection de l'intimité mais 15 millions de français affichent toujours leur profil. 87 % des étudiants en médecine sont actifs sur ce réseau et 44 % accepteraient d'avoir des patients

**UNE POSITION SAGE
ET UNE UTILISATION AVERTIE DE CES
OUTILS S'IMPOSENT.**

comme « amis » bien que le mélange des genres – professionnel et personnel – ait déjà causé des soucis à leurs aînés.

L'enquête express menée par la FHP-MCO auprès du secteur montre que 90 % des directions sont absentes des réseaux sociaux (toutefois 13 % d'entre vous interviennent dans des forums mais 50 % ne sont pas familiers avec Youtube ou Dailymotion), alors qu'en revanche 62 % de vos praticiens sont actifs. Le manque de temps, prioritairement, vous amène à être discrets et prudents. Il est dommage en revanche que 10 % des établissements MCO ne disposent toujours pas de site internet et se privent ainsi de cette vitrine. Une position sage et une utilisation avertie de ces outils s'imposent entre le devoir de communiquer si la profession veut se faire entendre et le droit à l'oubli car Google efface difficilement les réactions à vif à des situations tendues, depuis longtemps résolues. Ce sera l'objet de notre séminaire à venir à la rentrée. Bon surf à tous !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 10 JUIN 2010

LE PARI DE LA CROISSANCE

LA CROISSANCE DE LA FRANCE REPOSERA NOTAMMENT SUR UNE SOCIÉTÉ PLUS SOLIDAIRE, CE QUI IMPLIQUE DE RESTAURER LA QUALITÉ EXCEPTIONNELLE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ.

Il n'y a pas de lien, dans les pays riches, entre le niveau de dépenses médicales et la qualité et l'espérance de vie. Les Français se trompent quand ils valident un financement à fonds perdus de l'hôpital, croyant en conséquence se garantir une santé de fer. Les décideurs en santé manquent d'inspiration et de vision lorsqu'ils envisagent la santé comme une source exclusive de coûts et de dépense publique et non comme une source de richesse et un formidable potentiel de développement et de rayonnement pour notre pays. Les éléments du débat sont mal posés. Nicolas Sarkozy déclarait dès son élection la tenue d'un grand débat de fond sur la santé. Roselyne Bachelot quant à elle précisait récemment qu'une campagne présidentielle qui invite les prises de parole et de position de tous, serait le lieu de cet exercice. Alors appelons à ce « Grenelle de la santé », faisons sortir du bois mutuelles et laboratoires, créons des passerelles avec la recherche et l'industrie, débattons avec nos praticiens, nos usagers, réfléchissons à l'échelle européenne comme locale... La croissance de la France reposera notamment sur une société plus solidaire, ce qui implique de restaurer la qualité exceptionnelle de notre système de santé. Quelle sera notre vision du système de santé et de l'hospitalisation privée dans 20 ans ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 17 JUIN 2010

L'APPEL DU 18 JUIN !

Nous ne pouvons pas résister à l'envie de vous faire le clin d'oeil auquel nous invite le calendrier du Conseil d'État car en effet, c'est demain le 18 juin que le recours sur la campagne tarifaire 2009, déposé par la FHP-MCO, sera examiné. Un appel donc à la résistance ! Nous sommes des « Français libres », des « chefs d'entreprises libres » conscients de leurs devoirs mais également de leurs droits et qui aspirent à un système équitable. Le parallèle avec le contexte historique s'arrête naturellement là. Toutefois, à la FHP-MCO, nous avons aisément un esprit « résistant » lorsque nous constatons que notre système de santé répond à une politique politicienne et n'est pas la gouvernance responsable des besoins et des réalités de terrain que nous attendons. Ces incohérences nous rattrapent chaque jour et c'était l'objet hier de notre deuxième grande journée thématique sur les « contrôles T2A et sanctions financières » à laquelle vous avez assisté très nombreux. Bonne résistance à tous !

NOUS SOMMES DES « FRANÇAIS LIBRES », DES « CHEFS D'ENTREPRISES LIBRES » CONSCIENTS DE LEURS DEVOIRS MAIS ÉGALEMENT DE LEURS DROITS ET QUI ASPIRENT À UN SYSTÈME ÉQUITABLE. LE PARALLÈLE AVEC LE CONTEXTE HISTORIQUE S'ARRÊTE NATURELLEMENT LÀ.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 24 JUIN 2010

NE PAS CHOISIR LES MEILLEURS, UN SPORT NATIONAL ?

Nous nous sommes entêtés à soutenir un casting perdant pour notre équipe nationale de football dont les résultats ont fait exploser en plein vol le moral déjà chancelant des Français. Par ailleurs, comprenez qui pourra, le rejet vendredi par le Conseil d'État de notre requête relative à la campagne tarifaire 2009, arguant en substance qu'il était naturel que le secteur privé ait des tarifs moindres puisqu'il est efficient. Est-ce à dire que nous devons être moins efficaces pour avoir un tarif adapté ? Un comble d'être « exclu » lorsque l'on sauve la sécu ! Notre ténacité n'ayant d'égale que notre moral d'acier, nous avons porté auprès des médias, et aux côtés de la FHF, FEHAP et FNCLCC, le projet de loi soutenu déjà par plus de soixante députés, visant la création d'un Indice Santé Hospitalier qui mesurera les charges du secteur. Notre espoir est que cette proposition soit intégrée dans le prochain PLFSS pour lequel nos propositions communes FHP et FHP-MCO seront déposées au 30 juillet prochain. Gérard Vincent le déclarait mardi au Club C3P, « l'hôpital n'a pas comme objectif de coûter plus cher », nous pouvons affirmer pour notre part que l'hospitalisation privée n'a pas l'objectif de coûter moins cher mais de garantir une qualité, une sécurité et une innovation des soins et des techniques à son juste prix.

EST-CE À DIRE QUE NOUS DEVONS ÊTRE MOINS EFFICACES POUR AVOIR UN TARIF ADAPTÉ ? UN COMBLE D'ÊTRE « EXCLU » LORSQUE L'ON SAUVE LA SÉCU !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 8 JUILLET 2010

POUR UN NOUVEAU PIB

Les coupes pratiquées dans les dépenses sociales par les gouvernements européens afin de diminuer les déficits budgétaires sont douloureuses sur le plan économique mais ont également un coût en termes d'espérance de vie. C'est la démonstration que présente une étude publiée fin juin dans le *British Medical Journal*. Si on augmente de 100 \$ le PIB par individu la mortalité diminue de 0,11 %, alors qu'une hausse équivalente de budget social entraîne

IL EST NÉCESSAIRE DE REDÉFINIR LES CRITÈRES DE MESURE DE RICHESSE D'UN PAYS EN INTÉGRANT TRÈS LARGEMENT LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION.

une baisse sept fois plus importante de la mortalité (0,80 %). Au-delà, il serait intéressant de mesurer l'impact du budget de la santé sur la santé elle-même des Français, ou encore celui de l'augmentation des MIGAC dont le montant dépasse celui de l'enveloppe globale de financement du secteur privé MCO. Enfin, et c'est le travail auquel se livrent plusieurs Prix Nobel d'économie, il est nécessaire de redéfinir les critères de mesure de richesse d'un pays en intégrant très largement la santé et le bien-être de la population et de mettre à la retraite notre bon vieux PIB.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 15 JUILLET 2010

UNE CONVENTION SOCIALE MAL EN POINT

La rencontre à Paris la semaine dernière avec l'ensemble des partenaires sociaux a échoué, 33 établissements MCO ont subi une grève avant l'été : le constat social est inquiétant. L'évolution de notre secteur et de son environnement réglementaire, sanitaire, politique et économique doit nous amener à

FAUT-IL AVOIR UNE POLITIQUE FORTE AU NIVEAU DE LA BRANCHE OU AMÉNAGER UNE PLUS GRANDE MARGE DE MANŒUVRE AUX ÉTABLISSEMENTS CONCERNANT LEUR NAO, EST DÉJÀ UNE PREMIÈRE QUESTION DE FOND À LAQUELLE IL FAUDRA RÉPONDRE.

repenser en profondeur notre politique sociale. Faut-il avoir une politique forte au niveau de la branche ou aménager une plus grande marge de manœuvre aux établissements concernant leur NAO, est déjà une première question de fond à laquelle il faudra répondre. La rentrée sociale s'annonce tendue, espérons que la prochaine rencontre nationale du 29 septembre (et celle en option du 9 septembre) permettra d'avancer de façon constructive. Des dossiers nous attendent à la rentrée : LMD, avenant bas salaires, aménagement des grilles,... D'ici là, nous vous souhaitons d'excellentes vacances à tous.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 22 JUILLET 2010

UNE DEUXIÈME ÉDITION RÉUSSIE

L'ère du « pour vivre heureux, vivons cachés » est révolue ! Un triple dispositif de campagne de communication « Tarif unique » a été mis en place début juillet – affichage sur 474 panneaux Paris intra muros, achat d'une page dans Le Monde, Le Figaro, Métro et Le Journal du Dimanche, envoi d'une carte postale et courrier à l'ensemble des parlementaires. Les retombées presse ne se sont pas faites attendre : « Les cliniques reviennent à la charge », « la

NOTRE SECTEUR FAIT ENTENDRE SA VOIX ET S'INVITE PEU À PEU DANS LES GRANDS DÉBATS SOCIÉTAUX.

FHP ne lâche pas le morceau et affiche dans tout Paris », sans parler d'un large écho sur les ondes de France Inter et RFI. Le site www.hostocomparateur.com réactualisé avec les données 2010 complète le dispositif. Cette deuxième édition était nécessaire pour marquer les esprits et préparer le prochain PLFSS, et sera sans doute suivie d'une troisième vague. Notre secteur fait entendre sa voix et s'invite peu à peu dans les grands débats sociétaux. Gardons le rythme !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 29 JUILLET 2010

BONNES VACANCES !

**NOUS ACCUEILLONS BIEN NOS
PATIENTS 365 JOURS PAR AN, MOIS
D'AOÛT INCLUS !**

Nos structures restent bien présentes durant la période estivale ; certaines d'ailleurs sont plus que jamais indispensables car sont implantées dans des zones touristiques et répondent à un afflux saisonnier de la population. Nous accueillons bien nos patients 365 jours par an, mois d'août inclus ! Organisation et anticipation permettent ensuite à chacun de prendre quelques vacances bien méritées. Le syndicat quant à lui prépare le prochain bureau du 9 septembre, les propositions et contre-propositions, actions de lobbying et de communication dans la perspective du PLFSS 2011. En attendant, nous vous souhaitons d'excellentes vacances à toutes et à tous.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 02 SEPTEMBRE 2010

DIALOGUE ET REVENDICATIONS

Même si quelques rares chanceux sont encore en vacances, la France rentre en classe. Nos cliniques n'ont connu quant à elles aucun répit, juste une accalmie administrative, nos tutelles étant aussi en vacances. Répéter que l'hospitalisation privée fonctionne 365 jours de l'année, 24h sur 24, est un refrain que nous devons tous entonner. Cette reprise se fait sous le signe du dialogue, en commençant par le cœur de notre métier : nos patients. Le Congrès des représentants des usagers, organisé par la FHP-MCO le 14 septembre, s'annonce comme un grand événement au vu du succès des inscriptions et de la qualité des intervenants.

**L'HEURE N'EST PAS AUX PROMESSES
MAIS À UNE GUERRE DE TRANCÉE
ET AUX RÉSULTATS.**

Le 7 octobre sera déjà le deuxième rendez-vous de la rentrée auquel nous vous convions, consacré aux nouvelles réglementations relatives au développement durable issue du Grenelle 2 et PNSE 2 notamment. Quelles sont les contraintes qui pèseront sur vos établissements et comment les anticiper ? Enfin, batteries rechargées et argumentaires rodés, nous sommes déjà partis en campagne, celle du PLFSS. L'heure n'est pas aux promesses mais à une guerre de tranchée et aux résultats. Nos tout récents rendez-vous au ministère de la santé et à Bercy nous laissent entrevoir quelques espoirs sur la poursuite de la convergence ciblée permettant ainsi de desserrer la contrainte de l'ONDAM hospitalier pour nos établissements.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 09 SEPTEMBRE 2010

NOUS VOULONS DES TARIFS JUSTES

**AU FINAL, LA BALLE EST DAVANTAGE
DANS LE CAMP DES LIEUX
ÉCONOMIQUES, BERCY EN PREMIER
LIEU... LÀ OÙ NOS ARGUMENTS
FONT MOUCHE !**

Nicolas Sarkozy a déclaré un ONDAM à 2,9 % appelant ses équipes à prendre toutes les décisions qui permettront d'atteindre cet objectif. Les paramètres de l'équation – prix et volume – sont connus. Le vieillissement de la population génère mécaniquement une augmentation d'activité hospitalière de 0,43 %. Pour cette raison au moins, baisser notre volume est impossible. Si nous visons une augmentation de nos tarifs de 2 %, il faudra faire réaliser aux hôpitaux une convergence ciblée à hauteur de 150 millions d'économie. Au final, la balle est davantage dans le camp des lieux économiques, Bercy en premier lieu... là où nos arguments font mouche. La bataille de la vérité des chiffres est engagée.

Nous vous attendons tous mardi 14 septembre pour le premier Congrès des usagers.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 16 SEPTEMBRE 2010

2011, L'ANNÉE DES USAGERS !

En préfiguration à cette année 2011 placée sous la couleur des patients, la FHP-MCO lançait le premier Congrès des usagers le 14 septembre dernier. À l'instar des initiatives similaires de certaines FHP régionales, le succès était au rendez-vous. 250 personnes – établissements, représentants de CRU et représentants d'associations – se sont réunies pour mieux se connaître. C'est une évidence mais ça va mieux en le disant : le système hospitalier se construit autour du patient (et non l'inverse). Entre nous, il n'est pas aussi sûr que l'école se construise et s'organise autour de l'enfant ! C'était également l'occasion de déminer quelques préjugés tenaces, pour n'en citer que deux : notre secteur prend en charge des pathologies dites lourdes (2 % de notre activité ; 5 % pour les CHU), autant d'établissements sont implantés sur des territoires où le revenu moyen des ménages est inférieur à la moyenne régionale, que d'établissements implantés sur des territoires où le revenu est supérieur à cette moyenne (respectivement 146 et 141). Nos usagers sont nos premiers et nos meilleurs ambassadeurs : ces 8 millions de Français pèsent lourdement dans la fabrication de l'opinion publique, ils alimentent les forums sur internet et prennent la parole dans les médias. Cet effort de transparence est essentiel, c'est l'affaire de nous tous. Ce congrès s'inscrit également en cohérence avec la première mission ministérielle lancée en juillet et consacrée à « la lisibilité, l'effectivité et la promotion des droits ». La tenue d'un deuxième congrès est d'ores-et-déjà actée, rendez-vous en septembre 2011.

C'EST UNE ÉVIDENCE MAIS ÇA VA MIEUX EN LE DISANT : LE SYSTÈME HOSPITALIER SE CONSTRUIT AUTOUR DU PATIENT (ET NON L'INVERSE).

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

TENIR LE CAP
DE NOS ENGAGEMENTS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

EDITOS

JÉUDI 23 SEPTEMBRE 2010

NOUS RÉINTÉGRONS L'ENCC...

Depuis 18 mois, participer à l'ENCC ou boycotter le dispositif est l'un des grands sujets de préoccupation du syndicat. C'était le thème principal du dernier conseil d'administration le 15 septembre dernier. À une large majorité, les membres du conseil ont donné mandat au Bureau et à son président pour valider une nouvelle participation aux travaux ENCC conduits sous l'égide de la DGOS et l'ATIH à compter du 1^{er} janvier 2011, selon certaines conditions*. Les vertus du boycott et celles d'une participation, finalement choisie, ont

À UNE LARGE MAJORITÉ, LES MEMBRES DU CONSEIL ONT DONNÉ MANDAT AU BUREAU ET À SON PRÉSIDENT POUR VALIDER UNE NOUVELLE PARTICIPATION AUX TRAVAUX ENCC CONDUITS SOUS L'ÉGIDE DE LA DGOS ET L'ATIH À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2011, SELON CERTAINES CONDITIONS.

été longuement exposées et débattues. À notre invitation, et dans la première partie de nos débats, Félix Faucon, directeur adjoint à la DGOS et Housseyni Holla, nouveau directeur de l'ATIH, nous ont fait part de leurs objectifs et présenté l'intérêt de l'ENCC pour notre profession. L'agence KPMG avait préalablement exposé son analyse critique de la méthodologie et des résultats de l'étude ministérielle.

Leurs résultats viennent confirmer notre sentiment : les biais méthodologiques identifiés impactent de façon sensible les résultats. De plus, la question de l'échantillonnage relatif à la fois aux établissements et aux GHM pose un réel problème. M. Faucon a pris la juste mesure des enjeux et a entendu l'inquiétude de la profession. Il nous reste, en votre nom, à transformer l'essai.

*À savoir : Que les recommandations issues des travaux internes de la FHP-MCO, élaborées notamment avec le partenariat de KPMG, soient prises en compte ; qu'une échelle commune de référence de coûts soit élaborée ; que la participation effective au 1^{er} janvier 2011 soit subordonnée au fait qu'aucune annonce et décision « majeure » ne soit prise à l'encontre de la profession, comme, par exemple, la décision du report de la convergence à 2018.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 29 SEPTEMBRE 2010

ON NE PRÊTE QU'AUX RICHES ?

Nos journaux rivalisent d'anecdotes sur la maîtrise des niches fiscales des foyers les plus aisés. L'hospitalisation privée n'est pas riche, on ne lui prête rien. Il faut « garrotter l'hémorragie » déclaraient nos gouvernants à l'annonce du budget de l'état. Ça tombe bien, dans la santé ils savent faire ! 1,325 milliard d'euros d'économies sont attendues sur l'enveloppe des soins de ville et 295 millions sur l'enveloppe hospitalière, dont 150 millions au titre de la poursuite de la convergence tarifaire. À raison d'environ 35 GHM par an, il nous faudra la bagatelle de 65 ans pour parvenir au tarif unique. Répéter que ne pas accélérer la convergence signifie plonger davantage notre système dans le déficit, ne brise nullement la posture glaciale que tous nos interlocuteurs parlementaires et tutelles affichent, l'oeil rivé sur un ONDAM à 2,9 (2,8 en 2012). Au total, Bercy chiffre la répartition du poids des économies attendues à 40 % sur les industriels du médicament, 50 % sur le renforcement de l'efficacité du système de soins et 10 % sur des transferts de prises en charge de l'assurance obligatoire vers les complémentaires. Les primes de ces dernières se sont envolées entre 2001 à 2008 de 44 %, alors que les remboursements aux Français augmentaient de 27 % ! Alors que les débats à l'Assemblée nationale n'ont même pas démarré, l'affaire semble déjà emballée et pesée. Nous nous jetons désormais dans la guerre des amendements et dans celle ensuite des arbitrages de la DGOS, qui a l'art de transformer une augmentation de l'ONDAM en une stagnation, au mieux, de nos tarifs. Nous sommes toujours à l'écoute de bonnes nouvelles à venir lors de nos deux rendez-vous à venir à Matignon et l'Elysée.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

IL FAUT « GARROTTER L'HÉMORRAGIE »
DÉCLARAIENT NOS GOUVERNANTS
À L'ANNONCE DU BUDGET DE L'ÉTAT.
ÇA TOMBE BIEN, DANS LA SANTÉ
ILS SAVENT FAIRE !

EDITOS

JEUDI 7 OCTOBRE 2010

À QUAND UNE ANNÉE DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE ?

Les grands esprits se rencontraient : la FHP-MCO organisait le premier Congrès des usagers le 14 septembre dernier et la ministre annonçait 2011 comme l'année des patients ! Elle prêche donc des convaincus, le fait est acquis, nous gardons tous le même cap. Mais à quand une année de l'hospitalisation privée et des colloques sur la bientraitance des sauveurs de la sécurité sociale ? Les résultats de notre questionnaire de satisfaction intimeront l'ordre au directeur de mettre en place d'urgence des mesures correctives, ceux que nous soumettons aux nombreux parlementaires que nous rencontrons, nous confirment au fond que seules nos inquiétudes convergent.

MAIS À QUAND UNE ANNÉE DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE ET DES COLLOQUES SUR LA BIEN TRAITANCE DES SAUVEURS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

Toutefois, les 150 millions d'économies attendues de la convergence sont une réelle avancée et une confirmation de la volonté du gouvernement de prendre le dossier par le bon bout. C'est l'heure de la bataille acharnée des amendements.

Nous sommes donc actifs sur le court terme mais nous allons également gérer le long terme et l'échéance des prochaines élections présidentielles de 2012 ne nous échappe pas. La naissance de cette convergence s'annonce douloureuse, elle se fera sans périodure mais le déclenchement s'est produit et nous cherchons les forceps.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 14 OCTOBRE 2010

QUI EST NOTRE CLIENT : LE PRATICIEN OU LE PATIENT ?

Les deux mon Capitaine ! Cette question a priori anodine génère de multiples interrogations. Par exemple, intégrer les dépassements d'honoraires dans les « d » GHS en scène pour la convergence ciblée 2011, est un détail qui change considérablement la donne. Des acteurs régis par des obligations et conventions différentes et indépendantes sont piégés sur un même bateau. Si les dépassements d'honoraires augmentent, le GHS mécaniquement aussi et prend le risque de basculer dans la convergence « inversée » – c'est à dire celle qui diminue un GHS privé au niveau d'un GHS public moins onéreux. Établissements

**ÉTABLISSEMENTS ET PRATICIENS
DOIVENT-ILS ÊTRE MARIÉS POUR LE
MEILLEUR ET POUR LE PIRE ?**

et praticiens doivent-ils être mariés pour le meilleur et pour le pire ? Ce « tout compris » facilitait hier la comparaison des tarifs des deux secteurs, il fragilise aujourd'hui le dispositif. Devons-nous être des acteurs de santé engagés dans une approche globale du patient, et développer un projet médical autour du patient-client roi, ou garantir un outil opérationnel loué au corps médical et avoir comme seul objectif celui de satisfaire nos clients praticiens ? En attendant d'avancer sur ces questions de fond, nous gérons l'urgence : être force de propositions quant à la sélection des GHS pour la convergence ciblée et batailler aux côtés de la FHP sur les 26 amendements du PLFSS impactant notre secteur.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 21 OCTOBRE 2010

AMÉLIORER L'EFFICACITÉ ET L'ÉQUITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

Parmi les 27 propositions pour libérer la croissance française de la commission Attali, une seule concerne la santé. Dommage pour notre secteur qui pèse environ 10 % du PIB. Au-delà de mesures concernant les médecins ou la protection sociale, Jacques Attali n'a nullement été inspiré par les sujets qui nous occupent, notamment le jeu des complémentarités entre les différents secteurs hospitaliers, les économies substantielles qu'elles génèreraient, la synergie tout au bénéfice du patient qu'elles garantiraient et le sujet du tarif

ALORS, SI ON COMMENÇAIT PAR
LE COMMENCEMENT ? S'ATTELER
DE FAÇON SÉRIEUSE AU TARIF UNIQUE
ET CONSTRUIRE UN OUTIL HOSPITALIER
DURABLE AUTOUR DU PATIENT
ET ÉQUITABLE POUR L'ENSEMBLE
DES ACTEURS ?

unique. Que pense-t-il des 15 milliards d'économies promises par la convergence ? Dommage également que notre ministre plébiscite les GCS public/privé en occultant les difficultés qu'ils soulèvent, notamment relatives au pilotage, au régime fiscal, au choix de la grille tarifaire. Alors, si on commençait par le commencement ? S'atteler de façon sérieuse au tarif

unique et construire un outil hospitalier durable autour du patient et équitable pour l'ensemble des acteurs ? Nous aussi, nous sommes force de propositions responsables pour libérer la croissance !

Alors tous ensemble, cessons d'appréhender la santé comme une source de déficit mais comme une garantie d'emplois non délocalisables et une source de richesse nationale.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



PORTRAITS
DE LA PROFESSION

TIONS

LA FHP-MCO RÉALISE
UN ALBUM DE FAMILLE.
POUR MIEUX VOUS CONNAÎTRE
ET MIEUX VOUS FAIRE CONNAÎTRE
JOUEZ LE JEU AVEC NOUS
ET ENTREZ DANS L'ALBUM
DE LA PROFESSION ! RÉPONDEZ
AUX « 3 QUESTIONS » DU 13 H.

3 QUESTIONS

JEUDI 12 NOVEMBRE 2009



Philippe TOURRAND
président
directeur général
de la clinique
Louis Pasteur
à Essey-les-
Nancy [54]

Quelles sont vos plus belles expériences ?

En qualité de médecin anesthésiste réanimateur en exercice et de PDG, ma plus belle réussite est d'avoir pu contribuer au sauvetage de notre clinique. Après un dépôt de bilan en 2001 et deux plans sociaux, avec l'aide de mon directeur, médecin biologiste, nous avons mis plus de dix huit mois pour rééquilibrer les comptes. La solidarité du personnel et la cohésion des médecins ont été décisifs, et cela a renforcé notre conviction pour rester une clinique indépendante avec un actionariat médical. Une direction médicale est une force pour comprendre les contraintes d'organisation d'une clinique. Aujourd'hui, le bilan est très positif pour l'ensemble de notre activité axée en grande partie sur les pathologies lourdes, la réanimation polyvalente, l'USIC, la surveillance continue, la clinique de la douleur, la réadaptation cardiovasculaire. Nous remplissons, comme beaucoup, pleinement notre mission de service public envers la population. La politique sociale permet au personnel de recevoir 30 % des résultats réalisés grâce à leurs efforts. Enfin, nous avons donné les moyens financiers et matériels aux médecins afin que les fonctions transversales et la CME fonctionnent bien.

Avez-vous vécu des échecs ?

On peut déplorer le manque d'équité face au traitement des projets en région. Les ARH, sous prétexte que nous sommes majoritairement des établissements économiquement sains, donnent la priorité au rééquilibrage des comptes des hôpitaux et gèlent nos projets. D'autre part, je regrette le manque de souplesse lors de la mise en place des premiers SROS en cancérologie. À titre d'exemple, nous avons recruté l'an dernier un chirurgien du sein pratiquant des techniques innovantes et mis en place une organisation visant l'excellence; depuis, nous dépassons largement le

seuil minimum d'activité. Mais, pour nous, le couperet est tombé: la COMEX s'est fondée sur la cartographie 2007 pour les autorisations. Nous avons déposé un recours, mais si la décision reste négative, nous risquons de devoir nous séparer de ce praticien alors que la démographie médicale de la Lorraine est déficitaire. Ce sera une perte de compétence pour notre région. J'aimerais, au risque de paraphraser mon collègue Alain Poret, également pointer du doigt l'anarchisme du système de facturation en surveillance continue et l'insuffisance des suppléments tarifaires en réanimation, soins intensifs et surveillance continue.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Un système trop réglementé freine l'innovation et bloque les initiatives spontanées qui sont vouées à disparaître. Il ne faut pas oublier que la chirurgie ambulatoire est née d'une idée avant-gardiste il y a 20 ans. L'an dernier, nous avons créé, sans autorisation et sans tarification, un centre diagnostique de douleur thoracique qui fonctionne très bien, mais nous ne pourrions pas nous permettre de réaliser sans financements d'autres projets. Fondamentalement, notre secteur souffre d'un problème d'image. Les initiatives du syndicat sont très efficaces vis-à-vis du grand public, mais il faut veiller à ne pas être en opposition systématique avec le secteur public. Je regrette l'hospitalo-centrisme du gouvernement qui ne s'appuie pas sur la médecine libérale et peu sur l'hospitalisation privée lors des grandes crises sanitaires telles que le H1N1. Le problème majeur de l'hospitalisation privée, dans les années à venir, sera celui de la pénurie des médecins consécutive aux décisions gouvernementales malheureuses des années 80. Les médecins, par confort, privilégient l'hôpital; l'hospitalisation privée devra être capable de proposer un cadre attractif pour ces derniers. Quelles sont les solutions à ce problème ?

3 QUESTIONS

JEUDI 19 NOVEMBRE 2009



Gilbert LEBLANC
président
directeur général
de la clinique
de l'Europe à Le
Port Marly (78),
membre du CA
du syndicat
FHP-MCO

Quelles sont vos plus belles expériences ?

La mise en application du décret sur la gradation des soins dans les établissements de santé constitue très certainement l'une des plus belles réalisations de la Clinique. En effet, cela nécessite une réorganisation complète des flux de patients et une évolution profonde des pratiques du corps médical, de l'encadrement et du personnel paramédical. On touche là à ce qu'il y a de plus complexe à réaliser dans un établissement au sein duquel exercent 100 médecins et travaillent plus de 400 personnes, tous touchés de près ou de loin par des modifications importantes de leurs tâches. L'évolution fondamentale de l'organisation s'est effectuée sur une année. Notre satisfaction est à la hauteur de la complexité du projet.

Avez-vous vécu des échecs ?

Il y a quatre ans, la Direction Générale de la Santé présentait les 4 premiers fléaux frappant les Français : l'alcoolisme, l'addiction, le cancer et l'obésité, qui frappait 20 % des adolescents. Le CMCE s'est lancé dans un vaste projet avec, dans un premier temps, la mise en place d'un dispositif de prise en charge médicale, chirurgicale, nutritionnelle, psychologique et sociale des obèses, et dans un deuxième temps, un élargissement de ce dispositif à la prise en charge de ces patients pour tous types de pathologies, dans un cadre planifié ou en urgence, comme par exemple en traumatologie. Cette démarche nous a conduit à renforcer sensiblement le plateau technique d'imagerie avec des équipements pouvant explorer des patients jusqu'à 300 kilos, à faire évoluer notre infrastructure de soins et hôtelière de l'ambulatoire à la réanimation, d'équiper nos blocs opératoires de matériels spécifiques et enfin de dispenser une

formation à l'ensemble du personnel. Les investissements sont considérables et la tarification n'a pas encore été adaptée. Nous avons déposé plusieurs demandes d'aide financière type MIGAC pour accompagner ce projet. Ce fut un échec alors même que le projet fut réalisé. Aujourd'hui l'établissement a été salué à l'occasion d'une médiatisation importante sur le sujet de l'obésité en France en paraissant au JT de 20h de TF1 le 6/11/09, au JT de 20h de France 2 le 10/11/09 et au JT de 12h50 et de 19h45 de M6 le 10/11/09, à l'occasion de la présentation du rapport OBEPI. Malgré cette déception, l'équipe médicale, les administrateurs et les associations d'obèses, qui sont nos partenaires, restons très mobilisés.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Si on comprend bien l'évolution de la tarification comme moyen d'incitation à l'évolution des pratiques en matière de prise en charge des patients, on ne peut que regretter l'absence totale de coordination entre l'évolution de la rémunération des établissements et celle du corps médical qui travaille dans ces mêmes établissements. On aboutit ainsi à des conflits d'intérêts qui ne peuvent que nuire à la modernisation du système de santé. Il convient d'interpeler régulièrement le législateur et de le placer devant ses responsabilités afin de réduire l'une des principales difficultés d'évolution favorable du secteur privé. Les perspectives de complémentarité public-privé ne peuvent s'aborder sereinement qu'avec l'espoir d'un secteur privé fort.

3 QUESTIONS

JEUDI 26 NOVEMBRE 2009



Gérard REYSEGUIÉ
directeur de la clinique Sarrus-Teinturiers à Toulouse (31), membre du bureau du syndicat FHP-MCO et pilote des Commissions naissance et financement des établissements

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Je suis particulièrement fier de faire partie d'une équipe extraordinairement humaine et fidèle. Les praticiens et les équipes ont toujours privilégié ce côté humain. L'équipe médicale est réellement force de proposition, amène de vrais projets que nous avons en partie déjà réalisés. Alors que la clinique était en difficulté à mon arrivée, l'activité a doublé en moins de dix ans. Nous sommes, avec une maternité de niveau II, nos activités de chirurgie pédiatrique, cardio-vasculaire et autres spécialisations, dont la cancérologie, devenus « incontournables » [terme usité que je n'aime pas beaucoup d'ailleurs] sur notre territoire, malgré notre taille relativement modeste. Nous nous sommes d'ailleurs positionnés pour accueillir des internes. Avec près de 3500 naissances par an, la station de métro proche de la clinique est communément appelée la station des « gros ventre » et nous prenons en charge tous types de population.

Avez-vous vécu des échecs ?

Nos échecs sont d'ordre tarifaire. Nous avons monté notre service de néonatalogie en deux mois à la demande de la tutelle. La prise en charge des parturientes représente des coûts gigantesques et des services de ce type sont des gouffres, tout comme les soins continus. Tous nos interlocuteurs reconnaissent que les tarifs ne sont pas adaptés, mais on ne peut plus avoir un tel discours envers nos salariés, ils ne nous croient plus, et veulent plus que des mots bienveillants... C'est un métier très riche jusqu'au moment où il devient usant. Passé un certain stade, les salariés font face à des difficultés personnelles que même des projets passionnants ne parviennent plus à

faire oublier. J'en veux beaucoup aux tutelles de ne faire que peu de cas de nos employés et de ne pas nous donner les moyens de valoriser correctement nos équipes. M. Bertrand nous avait promis 100 bâtons, où sont-ils ?

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je suis issu de plusieurs générations de syndicalistes, pour moi c'est un devoir de défendre les valeurs auxquelles on croit. Je prône un syndicalisme de combat avec des approches incisives et je pense qu'il faut s'investir dans son syndicat, être solidaire et lui donner les moyens financiers. Il est d'autre part nécessaire de faire appel à des compétences et accroître notre travail de lobbying pour faire avancer les sujets. La compétence passe forcément par les moyens. Pour la première fois, nous avons mis sur pied une campagne de communication qui tient la route et nous devons aller plus loin. La création du syndicat FHP-MCO est une vraie chance pour la profession qui se voit enfin représentée de manière démocratique, et il faut tout mettre en œuvre pour que le secteur MCO privé trouve sa juste place au niveau des négociations avec les tutelles. Je regrette parfois la tentation individualiste de la profession. Nous sommes 870 entreprises, toutes différentes, avec des préoccupations différentes mais il ne faut pas laisser la tutelle nous diviser, soyons solidaires !

3 QUESTIONS

JEUDI 3 DÉCEMBRE 2009

Thierry HUART
directeur de la
clinique Ambroise
Paré à Lille (59),
groupe HPM

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Ma plus belle expérience est certainement d'avoir découvert le monde de la santé, après un parcours où rien ne le laissait présager. Mon premier poste de direction au sein d'un établissement de santé privé a coïncidé avec le redressement d'une clinique, période très formatrice pour moi. J'apprécie particulièrement la multiplicité des facettes liées à ce métier, le côté relationnel, les contacts. L'année 2009 a été une année propice à la pérennisation de notre spécialisation en ophtalmologie : notre clinique fait 95 % d'ambulatoire. Nous avons accueilli 10 nouveaux praticiens, ce qui correspond à une augmentation de volume de l'ordre de 150 %, la conclusion d'une année de pourparlers ! Notre ambition est d'être un acteur majeur en ophtalmologie sur la métropole lilloise et de pouvoir traiter l'ensemble des pathologies de l'œil. Pour cela par exemple nous sommes équipés de lasers de toute dernière génération pour effectuer les greffes de cornées. Nous sommes, à ma connaissance, le deuxième établissement privé en France à pouvoir le faire.

Avez-vous vécu des échecs ?

Il y a un projet dont je suis très fier, qui correspond pourtant en même temps à une grosse déception pour moi. Dans le cadre de mes fonctions de directeur adjoint d'une clinique, j'étais en charge de la planification et de la coordination du projet de reconstruction de l'établissement. Tout était basé sur l'optimum, la gestion des flux, une architecture travaillée... un travail magnifique. L'ensemble des personnels et médecins avaient été intégrés à ce beau projet, qui, suite au rachat de la clinique par un groupe national, n'a malheureusement pas été mené à bout. C'est une forme d'échec, vu le degré de mobilisation des personnels et le temps investi.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La baisse des tarifs Elle représente tout simplement pour nous un manque à gagner que nous devons en partie compenser par le volume. On en revient toujours au même constat, on favorise l'économie au détriment du patient. La chirurgie dite de confort, comme la chirurgie réfractive, n'est pas prise en charge par la sécurité sociale et je crains que cela ne se vulgarise à d'autres domaines de la chirurgie. Certains barrages aux soins, dans le but de réaliser des économies, sont déjà visibles. Les forfaits à la charge des patients les effraient. Si on cumule tous les restes à charge, cela peut au final coûter très cher au patient ! Je pense, qu'en sus de cette question d'actualité, le secteur privé aura toujours plus de problèmes à rester attractif pour les praticiens, qui privilégient de plus en plus souvent le secteur public afin de ne pas être confrontés à des charges de plus en plus importantes.

3 QUESTIONS

JEUDI 10 DÉCEMBRE 2009



Martine HADDAD
directrice
de l'Institut
hospitalier
Jacques Cartier
à Massy (91),
groupe Générale
de Santé,
membre du CA de
la FHP-MCO

Quelles sont vos plus belles expériences ?

J'ai une carrière assez atypique puisque, avant de rejoindre la Générale de Santé j'ai participé à la création de l'ARH Île-de-France en 1997. Mon passage à la direction d'un établissement a représenté un cap important pour moi, car, étant responsable juridique santé dans le groupe, la direction me refusait l'accès à ce poste sous prétexte que j'allais m'ennuyer ! Je l'ai donc eu à l'usure et je ne regrette rien. J'ai été extrêmement bien accueillie au sein de l'Hôpital privé d'Antony comme Directrice Adjointe où j'ai eu la chance d'être formée par Monique Messina et le Dr Denis Hovasse. Mon arrivée à l'Institut Jacques Cartier par contre a été très difficile. J'ai dû faire mes preuves et passer outre les réticences et hostilités de départ, convaincre. Dans un autre domaine, nous avons réussi cette année à garder notre spécialité de chirurgie cardiaque pédiatrique après le départ à la retraite de notre praticien senior. Nous sommes 3 établissements à pratiquer cette activité en Île-de-France et les deux autres avaient inscrits la fermeture de notre service dans leur projet d'établissement ! Nous sommes de nouveau dans une phase de développement et nous accueillons par ailleurs depuis quelques mois des enfants étrangers envoyés par l'association Mécénat chirurgie cardiaque, ce dont nous sommes très fiers.

Avez-vous vécu des échecs ?

Très récemment, j'ai proposé de co-animer le projet de territoire de maillage des urgences. Alors que tous les acteurs étaient d'accord sur ce principe, le jour de la validation, je n'ai eu le soutien de personne. Alors que je parlais battante, je n'ai pas réussi à convaincre. Je me suis sentie trahie. Alors que les projets de coopération entre les secteurs

sont inscrits dans la loi HPST et que ma candidature n'enlevait rien à personne, je ne pensais vraiment pas rencontrer autant d'animosité à mon égard et surtout je ne pensais pas qu'il serait aussi difficile de convaincre les tutelles. Un établissement privé qui se place en première ligne est toujours perçu comme suspect ! Alors qu'il y avait 20 établissements privés autour de la table, je n'ai eu aucun soutien de leur part et je ne m'explique pas l'absence totale de solidarité entre des acteurs d'un même secteur.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je pense qu'il y a des sujets importants où le syndicat est un peu en retard, comme les contrôles T2A qui évoluent, et qui impactent lourdement les établissements. Les chantiers sont multiples et le travail fait sur certains sujets reste malheureusement trop peu visible. Je n'étais pas convaincue à 100 % de la campagne de communication, mais a posteriori on a fait parler de nous et c'est le plus important. Il faut relancer le débat. Je constate que le regard sur l'hospitalisation privée a changé ces dernières années. Il y a dix ans j'étais hallucinée par ce que j'entendais au ministère, par leur méconnaissance du fonctionnement du secteur privé. À l'heure actuelle, beaucoup d'ARH se mobilisent en région pour les cliniques privées et les prises en charge de certains actes lourds ont été réévalués avec la V11. Globalement, il faut que les acteurs du secteur privé se cherchent une identité commune. Il faut être partenaires et force de propositions. À l'heure où le secteur public se cherche encore, nous jouissons de l'avantage d'être, pour beaucoup d'entre nous, incontournables sur notre territoire avec des choix de prise en charge ambitieux.

3 QUESTIONS

JEUDI 17 DÉCEMBRE 2009



Walid DELAGE
PDG et directeur
général de la
clinique Claude
Bernard à Albi
(81), membre du
bureau FHP Midi-
Pyrénées

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Mon parcours est pour moi ma plus grande source de satisfaction. Je suis arrivé en France à 18 ans après une jeunesse passée à Tripoli – jadis comté de Raymond IV de Toulouse. Le Liban, pays cosmopolite et lumineux n'a jamais cessé d'être source d'inspiration pour moi. Je suis PDG de notre clinique depuis 1989 tout en exerçant mon métier de neuropsychiatre à mi-temps. Pour moi, la réalité médicale ne doit pas être dissociée de la gestion. Un médecin directeur doit continuer à voir les malades au risque sinon de perdre sa capacité à diriger. Lorsque la direction prend une décision, je vérifie, sur le terrain, qu'elle est applicable. En 20 ans, la Clinique a vécu 5 regroupements et est désormais, et je le revendique, un mini centre hospitalier privé MCO de 200 lits, 537 salariés, avec la quasi-totalité des praticiens, une vraie équipe et uniques actionnaires et gestionnaires de la clinique, installés sur le site. En 12 ans, ce n'est pas moins de 403 emplois qui ont été créés. Tout cela n'aurait pas été possible sans le personnel et les cadres qui ont su s'adapter. Nous sommes désormais classés au 5^{ème} rang parmi les établissements privés de Midi-Pyrénées les plus importants. Je suis fier d'exercer ce métier pourtant difficile et risqué où chaque accident peut nous entraîner du jour au lendemain dans un abîme. C'est pour cela que je pense que la réussite doit rester modeste...

Avez-vous vécu des échecs ?

Nous avons échoué en 2002 à convaincre la dernière clinique privée d'Albi à se regrouper avec la nôtre. En 1989, le secteur comptait 11 établissements et j'avais l'espoir de voir l'ensemble de l'hospitalisation privée de la ville regroupé sous un même toit, ce qui, dans une ville de taille moyenne, revêt tout son sens et correspondait à

notre souhait de rationaliser de manière intelligente les activités du privé sur notre territoire. Tout était finalisé, nous avions l'accord de l'ARH Midi-Pyrénées, avec à la clé un projet médical public-privé avec l'hôpital d'Albi. Nous avions élaboré un plan de répartition d'activités et de complémentarités en coopération avec les autres établissements. Nous y aurions tous été gagnants et cela nous aurait évité d'avoir des doublons dans les activités des cliniques privées sur notre secteur.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je pense qu'actuellement et plus que jamais, il est important d'avoir une cohérence dans les actions syndicales afin de favoriser la synergie entre les établissements du secteur privé. Il faut se mobiliser sur les questions de sécurité et de qualité afin qu'un patient qui choisit un établissement privé ait la garantie d'une prise en charge optimale, qu'il se fasse soigner à Albi, Tourcoing ou Marseille. L'hospitalisation privée fait actuellement face à de sérieuses difficultés mais reste dans de nombreux secteurs, incontournable, d'où la nécessité de rester innovant mais aussi solidaires. Les petites villes de province ont des problèmes bien spécifiques dont il faut tenir compte et ne disposent pas des mêmes armes que celles des grandes métropoles. Dans ce sens, le report de la convergence ne fait que reporter nos difficultés d'année en année, et 2018 c'est loin !

3 QUESTIONS

JEUDI 24 DÉCEMBRE 2009



Maxime CARLIER
 directeur général
 du Centre
 hospitalier privé
 Saint Martin
 à Caen (14),
 groupe Générale
 de Santé,
 membre du CA
 FHP-MCO

Quelles sont vos plus belles expériences ?

J'ai intégré le groupe Générale de Santé après avoir passé 15 ans dans le secteur automobile, étant ingénieur Supméca Paris de formation. J'avais envie de changer d'univers et j'ai saisi l'opportunité offerte par le groupe en 2005. Intégrer le secteur de la santé a été un vrai challenge pour moi. J'ai été conquis par les différentes facettes de ce métier, l'extrême exigence, les aspects techniques et la richesse humaine de tous les acteurs en présence. C'est un monde vaste et complexe où les échanges sont d'une grande intensité. Une réussite est pour moi la mise en place à Caen, suite à la création de notre USIC en 2007, d'une filière de prise en charge en cardiologie avec nos confrères du privé et du public. Nous avons étudié des protocoles pour une prise en charge uniformisée avec des modes opératoires similaires entre les différents établissements, afin que le patient ait la garantie d'une prise en charge optimale, de l'adressage à la sortie. La qualité de ce travail a été soulignée par notre ARH.

Avez-vous eu des échecs ?

Nous avons eu quelques difficultés cette année dans la reconduction d'une autorisation en neuro-chirurgie, malgré la qualité de notre dossier et l'implication forte des praticiens. Le C.R.O.S.S nous a tout d'abord donné un avis défavorable alors que nous avions travaillé d'arrache pied avec l'ARH pour que ce dossier soit validé. Il y avait beaucoup d'animosité sur ce sujet mais nous avons fini

par avoir gain de cause. C'est une satisfaction personnelle et collective. Il faut monter au créneau sur tous les dossiers. L'échec pour moi fait partie du processus d'apprentissage dans un métier où, paradoxalement, nous n'avons quasiment pas le droit à l'erreur. Il nous apprend à mieux anticiper les risques dans le pilotage des activités à venir, c'est ce que je retiens de positif.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La vision caricaturale opposant les secteurs public/privé, surtout propagée par les médias, est à mon sens, dépassée et je souhaiterais que le débat prenne un peu plus de hauteur. Ma réflexion se résume en quatre points : quel système de santé voulons-nous laisser à nos enfants ? Comment assurer la meilleure qualité de prise en charge au meilleur coût ? Comment renforcer notre système inter-médical public-privé pour être plus performants et surtout mieux valoriser notre secteur, ce que la campagne de communication FHP va à juste titre faire en 2010. Notre système de santé est pour moi le meilleur au monde et l'on oublie trop souvent qu'il y a de nombreuses équipes, tous secteurs confondus, qui sont très attentives à la pérennité de l'excellence française.

3 QUESTIONS

JEUDI 7 JANVIER 2010


Max PONSEILLÉ

président
directeur
général du
groupe OC Santé
à Montpellier
(34), président
de l'Union
européenne de
l'hospitalisation
privée (UEHP)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Ma plus grande satisfaction a été mon passage de la vie médicale à la vie de chef d'entreprise. Le métier de radiologue prédispose à la vie managériale de par les investissements en ressources humaines et matériel, mais la direction d'un groupe de cliniques est une chose beaucoup plus globale. D'autre part, je dirige un groupe de proximité avec un réseau de soins local en direction de la population de notre région, qui nous identifie en tant que tel et qui nous est fidèle. Je suis très attaché à l'idée de proximité qui est régie par une logique de croissance et de développement propre basée sur le bon sens et axée sur la nécessité d'organiser et restructurer l'offre médicale sur le territoire. La tutelle régionale d'ailleurs nous pousse à opérer ces restructurations. Je suis satisfait de l'importance de notre groupe au niveau local, qui, pour citer un exemple, détient 2/3 des parts de l'obstétrique, alors que nous sommes une ville universitaire qui a un CHU important. Je suis avant tout un directeur heureux et entouré d'une équipe de professionnels engagée, impliquée, responsable et reconnue.

Avez-vous eu des échecs ?

Il n'est pas vraiment dans ma nature d'avoir des regrets. Je suis peut être un peu déçu d'avoir laissé passer des occasions d'expansion vers l'extérieur, soit parce que j'ai été trop timoré, soit parce que j'étais insuffisamment informé. Je note que le cadre réglementaire s'est assoupli ces dernières années et que la gestion d'un groupe de cliniques est devenue plus intéressante, avec des possibilités d'avoir à opérer de vraies restructurations et plus de liberté dans la réalisation de projets. D'un point de vue de gestionnaire, c'est plus épanouissant.

Vous êtes président de l'Union européenne de l'hospitalisation privée. Comment peut-elle aider les cliniques françaises ?

Je ne sais pas si l'UEHP peut rapidement nous aider. Son but est de promouvoir la place fondamentale de l'hospitalisation privée en Europe, qui, indéniablement,

propose des prestations de haute qualité, respecte les règles d'humanité sans oublier le facteur coût. De ce point de vue, l'hospitalisation privée tient une place fondamentale. L'UEHP n'a de cesse de faire remonter cette information pour faire réagir les États sur ce point. Tous les États en présence ont des idées et des solutions à prendre et à apporter. La France, de ce point de vue, est plutôt un modèle pour les autres. Par contre les Allemands sont maîtres dans la gestion de très grands centres hospitaliers privés, issus de privatisations. Le but est d'accentuer les actions de lobbying à l'échelle européenne, de mettre les responsables européens devant les réalités. Le pouvoir de l'Union en la matière reste toutefois limité et les actions syndicales se heurtent à d'autres problèmes, notamment celui de leur propre financement. Donc ce n'est pas simple.

Vous êtes ancien président de la FHP, comment voyez-vous son évolution ?

Il faut être très attentif à ce que la Fédération soit bien identifiée par les pouvoirs publics. Autre point important, les syndicats de spécialités doivent tous avoir leur place légitime et rester au sein de la Fédération. Je prône un syndicalisme de combat, de communication couplé d'un lobbying fort. De ce point de vue, je pense que Jean-Loup Duroussset et Lamine Gharbi font du bon travail même si le discours politique n'est pas facile à faire passer, et même si la nécessité d'avoir de vrais relais politiques est difficile. La campagne de communication menée depuis quelques mois est le reflet de la sensibilité de ceux qui la mènent, elle est volontaire, pleine d'idées et surtout dotée de financements spécifiques. Dans une période de crise et étant d'un naturel optimiste, j'aimerais toutefois dire à mes confrères que l'hospitalisation privée souffre peut être moins que certains autres secteurs et que notre activité ne doit pas diminuer. Nous avons donc des motifs d'espérer, même si l'effet de ciseau, avec l'évolution des charges et l'épuisement des ressources rend la gestion difficile. Sur le long terme je crois que nous continuerons à nous développer.

3 QUESTIONS

JEUDI 14 JANVIER 2010



Olivier RIT
directeur de
l'hôpital privé
Clairval à
Marseille (13),
groupe Générale
de santé,
membre du CA de
la FHP-MCO

Quelles sont vos plus belles expériences ?

C'est une grande satisfaction pour moi que d'exercer ce métier de directeur, où l'on doit composer avec des exigences médicales – répondre aux attentes du patient, être à la pointe d'un point de vue médical et technique – et des exigences économiques et stratégiques. Par ailleurs, nous travaillons avec des équipes de professionnels ouvertes et passionnées, c'est très enrichissant. Je suis arrivé à l'Hôpital Privé de Clairval en 2008 et j'y ai découvert des filières de prise en charge lourdes et plutôt rares dans le privé, qui impliquent une forte coopération médicale, comme l'ORL en oncologie ou la chirurgie cardiaque. Je me suis efforcé de développer ces filières préexistantes, et nous avons passé par exemple le cap des 9000 séances de chimiothérapie par an, nous avons obtenu la reconnaissance pour l'implantation de valves aortiques percutanées, ce qui nous confère une réelle crédibilité médicale et nous permet d'être un acteur majeur de nos spécialités (oncologie, cardiovasculaire, neurochirurgie) sur notre territoire.

Avez-vous eu des échecs ?

En 1999, la clinique que je dirigeais a subi de plein fouet un mouvement de grève des sages-femmes massivement suivi chez nous. Notre maternité a dû être évacuée dans sa totalité et j'ai été dans l'impossibilité de pouvoir réquisitionner. Cela a été pour moi une réelle épreuve, mêlée à un sentiment de frustration très fort. La situation était tendue. À une moindre échelle, nous avons à gérer au quotidien des conflits personnels entre les praticiens et l'on a parfois du mal à faire valoir le principe d'efficacité et le bon sens mais cela fait partie du métier.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je suis agacé par la confusion qui est faite parfois entre les besoins de santé publique et les intérêts de l'hôpital public. Nous nous sommes longtemps accommodés de cette confusion car nous avons tous suffisamment d'opportunités pour nous développer. La logique voudrait qu'il y ait un état des lieux objectif avant l'octroi d'autorisations et de financements, mais, dans la pratique – et le nouveau dynamisme de l'hôpital ne fait que renforcer cette tendance –, l'hôpital passe avant les cliniques. Sur Marseille, l'AP-HM tente d'occuper le terrain de façon exclusive sans tenir compte de l'apport réel des autres établissements. Nous attendons donc avec vigilance les planifications à paraître cette année, comme le nouveau schéma régional de Permanence Des Soins Hospitalière ou le volet cardiologie du SRQS. Je pense que le secteur privé doit continuer à rester dynamique et créatif en prenant en compte les besoins de santé de la population, dans la prévention par exemple, qui reste le parent pauvre de la santé en France.

3 QUESTIONS

JEUDI 21 JANVIER 2010



Gérard DELORME
directeur de la
clinique Saint
Odilon à Moulins
(03)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Je vais fêter mon départ à la retraite dans 2 semaines et j'aurais préféré m'arrêter progressivement, mais ce métier m'aura tenu en haleine jusqu'au bout et j'ai l'impression d'avoir fait l'apprenti toute ma vie. J'ai vécu de grands moments au cours de mes 33 ans d'exercice à la tête de ma Clinique, dernière indépendante de notre région, avec notamment 3 rachats et regroupements, pour un total de 139 lits et places, et son installation dans de nouveaux bâtiments en 1989, agrandie en 1992 et 1995. Lors de la phase de conception, nous nous sommes beaucoup inspirés de modèles américains, assez avant-gardistes à l'époque, et qui proposaient par exemple des couloirs périphériques pour des circuits fermés où propre et sale ne se croisent pas. Nous avons également très tôt misé sur la chirurgie ambulatoire qui comptait 11 lits en 1991 et nous aurions pu, à postériori, voir encore plus grand. Plus récemment, nous avons ouvert un centre de radiologie attenante avec un scanner et nous avons d'autres projets en cours que je confierai à mon successeur.

Quels constats faites-vous ?

Nous avons échoué à pouvoir conserver notre maternité en 1988, victimes du pouvoir de l'hôpital qui s'est ardemment battu pour conserver la sienne, alors que nous accueillions autant de naissances qu'elle et que nous allions nous regrouper avec une clinique ayant elle aussi une maternité. La DASS nous avait fait des promesses en contrepartie

qui n'ont jamais été tenues. Dans un autre domaine, l'ARH nous a retiré notre autorisation cancer du sein, sous prétexte que nous n'avons pas de maternité – quel rapport ? – alors que nous détenions 2/3 de l'activité sur notre secteur et que nous en faisons depuis 50 ans. Nous avons fait appel à la ministre et au tribunal administratif. Nous sommes clairement victimes des mesures de rationalisation des activités, au même titre que les urgences.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Mes considérations sont d'ordre tarifaire. En sus des problèmes de T2A, le secteur privé n'a pratiquement pas droit aux MIGAC dans notre région, si ce n'est pour obtenir des petites allocations en marge. Nous sommes systématiquement lésés. La V11 nous a fortement pénalisés. Dans le cadre du CROS, on voit bien que les décisions sont déjà prises en amont. L'aspect positif de nos difficultés et que les deux groupes de cliniques de notre région se sont unis à notre Clinique pour que notre recours auprès du tribunal ait plus de poids. À l'heure où le manque de cohésion et de solidarité entre les acteurs du secteur privé est souvent montré du doigt, cette attitude est d'autant plus louable.

3 QUESTIONS



Eric PERROT
directeur du
Centre médico
chirurgical de la
Baie de Morlaix
(29)

JEUDI 28 JANVIER 2010

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Être directeur d'une clinique c'est diriger un orchestre composé de brillants solistes (praticiens) accompagnés de musiciens plus anonymes (paramédicaux) qui mériteraient d'être d'avantage valorisés si nous en avions les moyens, avec le souci permanent d'amener cette équipe à jouer une musique juste et harmonieuse. C'est un milieu passionnant que j'ai découvert en 2001, milieu dans lequel il convient d'être très exigeant avec soi-même parce que les patients sont très exigeants avec nous. Toutes nos actions doivent se concevoir dans la durée et pour durer. C'est le principe même de la démarche qualité, de notre démarche qualité, qui nous a permis d'obtenir, dans la durée, 2 excellents résultats lors des 2 dernières Accréditations (1 recommandation seulement sur le dossier patient avec 13 points forts mentionnés), puis certification en 2009 sans aucune réserve. C'est donc un succès collectif pour un travail qui, par définition dans notre milieu, est une œuvre collective.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Sans aucun doute le mouvement social de 2007 (grève d'1 semaine), malgré un dialogue social de qualité, constitue un échec, tant pour la direction que pour les salariés. Je pourrais citer également le beau projet d'un plateau technique unique avec l'hôpital de notre ville qui, après des négociations interminables, s'est conclu par une proposition officielle du Public d'une OPA sur la chirurgie du secteur privé. Tout simplement

scandaleux quand on sait qu'ils doivent avoir recours à nos chirurgiens Privés (garde chirurgicales) pour assurer leur mission de service public.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je suis consterné par le peu d'empathie perçue et le manque de connaissances de notre métier de la part des journalistes, toutes tendances confondues, à l'égard de l'Hospitalisation privée en France. Les Présidents de la république et les ministres de la santé, nombreux, passent mais le traitement inégalitaire entre les 2 secteurs demeure. Ce n'est pas le discours du *Petit Nicolas* lors de la présentation des vœux 2010 à la profession qui est porteur d'espoir. Rien, pas un mot pour notre secteur privé. Pour conclure, un cri du cœur que je véhicule dans mon cercle relationnel. En effet, n'est-il pas scandaleux que nos établissements n'arrivent pas à vivre de leur métier ? Devrons-nous demain vendre des produits dérivés (casquette, T-Shirt, glaces etc.) pour équilibrer nos comptes, car c'est cela aussi la réalité, la préoccupation d'un directeur de clinique.

3 QUESTIONS

JEUDI 4 FÉVRIER 2010



Fabrice HARDOUIN
directeur
de la clinique de
la Sauvegarde
à Lyon (69),
Groupe Capio

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Cela fait 14 ans que je travaille dans le secteur de la santé et c'est la deuxième fois que j'ai le privilège de pouvoir agir pleinement sur un projet d'expansion d'établissement. Mettre en adéquation les aspirations des médecins et les exigences des actionnaires pour aboutir à un projet satisfaisant et motivant pour tout le monde, cela fait partie des grandes satisfactions de notre métier. Mon crédo est que les projets sont plus faciles à gérer que la crise. Je pense par ailleurs que les acteurs du privé ont un rôle sociétal majeur à jouer. Notre clinique contribue au projet de rénovation urbaine du 9^{ème} arrondissement de Lyon et participe aux ateliers santé-ville animés par la municipalité. Ce programme santé-ville priorise la lutte contre l'obésité et le diabète et, comme nous avons le plus important service de prise en charge des patients obèses de France, nous sommes légitimement très impliqués.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Je suis contrarié parce qu'on nous fait miroiter des possibilités d'octroi de subventions (hôpital 2007, hôpital 2012). La politique de santé est faite de telle sorte que de nombreux projets ne sont réalisables qu'à l'aide de ce genre de subventions alors que les tarifs devraient nous permettre d'investir. C'est d'une injustice flagrante et c'est surtout très frustrant, car le temps passé à monter des dossiers est considérable, pour un résultat nul : on ne prend même

pas la peine de nous apporter une réponse ! C'est d'autant plus injuste que nous remplissons la plupart du temps, tout comme les hôpitaux, les critères d'éligibilité.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Les établissements privés se retrouvent dans des situations où il n'est pas rare de perdre 1 point ou plus de chiffre d'affaires par an, simplement parce que les règles de facturation évoluent considérablement du jour au lendemain, et compte tenu du niveau actuel de nos marges, cela peut avoir des conséquences catastrophiques à court terme. Notre rôle de service public avéré mérite d'être valorisé. Le secteur public est absent de l'Ouest Lyonnais où nous jouons aussi un rôle de proximité important. Nous accueillons beaucoup de stagiaires paramédicaux et des internes en anesthésie et réanimation via un partenariat avec les HCL et nous avons une activité de chirurgie cardiaque et cancérologique lourde. Il faudrait que nos tutelles prennent en compte que nous assurons ces missions d'intérêt général ! La loi HPST offre des possibilités mais les chemins pour y accéder sont pour le moins minés. Bien qu'optimiste de nature, je demeure vigilant et je ne me fais pas d'illusions pour le 1^{er} mars prochain.

3 QUESTIONS

JEUDI 11 FÉVRIER 2010



Danièle DEVAUCHELLE
directrice
de la polyclinique
Jean-Villar
à Bruges (33),
groupe Médi-
Partenaires

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Je suis psychologue clinicienne de formation. Après avoir travaillé auprès d'adultes handicapés mentaux, j'ai ensuite dirigé des établissements pour personnes âgées avant de rejoindre le groupe Médi-Partenaires en 1995. Je suis riche de ce parcours qui m'a permis de revenir en Aquitaine, après avoir parcouru l'Hexagone, pour mener à bien le projet de regroupement des Cliniques des Cèdres et Jean Villar fin 2008. Le regroupement a nécessité un important travail de préparation : mise à plat des organisations afin d'harmoniser les plannings, travail avec la MEAH sur le dossier patient afin d'avoir un outil commun à tous et de préparer l'informatisation du dossier patient, réorganisation de l'unité de chirurgie ambulatoire (toujours en partenariat avec la MEAH). Parallèlement, nous avons aussi préparé la certification qui s'est déroulée 6 mois après le regroupement. Nous avons demandé un report dans le but de fédérer les équipes. Notre objectif a été atteint puisque l'établissement a été certifié sans remarques.

Quels sont vos plus gros échecs ?

De l'amertume au regard des efforts de tous afin d'optimiser la prise en charge des patients. Une gestion de plus en plus complexe, tant au niveau social que sur le plan du développement et des relations avec les tutelles. Le sentiment profond d'un manque de visibilité.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

J'ai l'impression d'une volonté de réduire l'hospitalisation privée à néant, et c'est paradoxalement un gouvernement de droite qui fait appliquer de nouvelles règles encore plus contraignantes. Il faut continuer à se révolter contre cette politique deux poids, deux mesures qui nous est imposée, alerter les représentants locaux et les associations d'usagers, leur faire comprendre qu'ils n'auront bientôt plus le libre choix de leur hospitalisation.

3 QUESTIONS

JEUDI 18 FÉVRIER 2010



Patrick BOSSU
directeur de la
clinique Ambroise
Paré à Beuvry
(62)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Cela m'amuse toujours de dire que j'ai changé de camp au cours de mon parcours professionnel. En effet, j'ai été dans un premier temps directeur adjoint d'un hôpital public et directeur de la coopération inter-hospitalière avant de passer à la direction de notre clinique en 2006, et j'ai eu la chance de voir aboutir des projets intéressants dans les deux secteurs. J'ai donc été à l'initiative du premier GCS public/privé en France détenteur d'une autorisation de soins [en l'occurrence de chirurgie cardiaque] avant de m'atteler au redressement financier et à la création d'une dynamique nouvelle de notre établissement qui était « convalescent » à mon arrivée. Bien qu'il affiche des comptes positifs pour la 5^{ème} année consécutive, le niveau toujours plus élevé d'exigences imposées nous force à rester humbles dans le succès, qui est pour moi avant tout celui des professionnels avec qui je travaille et atteste des efforts engagés et reconnus par les experts (dans le cadre de la certification V2). Je suis fier de manager cette clinique à actionnariat médical, avec la confiance du gérant, le Dr R. Callafe.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Mes débuts à la Clinique n'ont pas été faciles. J'ai été mis dans le bain immédiatement par le comité d'entreprise avec des revendications, légitimes, et il a fallu trouver des accords sociaux compatibles avec les capacités de la clinique. Ma plus grande déception à ce jour est que, malgré mon expertise dans le domaine, je n'ai pas encore réussi à engager notre clinique dans une coopération inter-hospitalière. Est-ce dû à notre taille (82 lits) ? Personnellement, je persiste dans cette voie car notre clinique tient une place importante dans le territoire et a des atouts à faire valoir : notre plateau technique est neuf, nous avons

su constituer des équipes médicales solides et compétentes et proposons une offre de soins axée notamment sur la chirurgie majeure et spécialisée (obésité sévère, cancérologie ORL, thoracique et digestive, revascularisation). Je pense que notre pérennité passera par une forme de partenariat adéquat et le déploiement et la valorisation de notre activité. Dans ce sens, nous ne désespérons pas de voir notre demande de reconnaissance pour des lits identifiés soins palliatifs acceptée, même après plusieurs tentatives avortées, pour conforter la prise en charge globale en cancérologie.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je ne vois pas d'un bon œil la possibilité que vont avoir les hôpitaux publics de recourir à des médecins libéraux avec paiement à l'acte [loi HPST]. N'est-ce pas pour nous une concurrence déloyale, sachant par ailleurs que nous ne sommes pas traités de façon équitable sur le plan des tarifs de prestations ? Ayant exercé dans les secteurs public et privé, je pense que les pressions exercées en particulier sur le privé, qu'elles soient économiques, sanitaires ou médiatiques, sont beaucoup plus contraignantes. Les règles du jeu évoluent et la profession est saturée par les exigences sanitaires à mettre en place avec des équipes toujours plus restreintes, et ce, en l'absence de moyens nécessaires. S'ajoute à cela la pression des médias, qui, à coups de palmarès et d'articles accrocheurs (ou vendeurs) peuvent mettre à bas l'image de votre établissement. Dans le contexte actuel, la tentation de se replier sur soi est grande, alors qu'il faut justement revendiquer sa place légitime dans le schéma régional d'organisation des soins. La recomposition hospitalière ne se fera pas sans nous !

3 QUESTIONS

JEUDI 25 FÉVRIER 2010



Marie-Hélène Riocreux
directrice de la polyclinique de Rilleux (69)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Ma plus belle réussite est d'avoir œuvré à accroître les compétences et la notoriété d'une clinique qui était à mon arrivée, en 1989, un établissement de moyenne importance. Je le dirige depuis 13 ans et j'en suis à mon 5^{ème} projet de rénovation ou d'extension, des projets tiroirs comme je les appelle où l'on commence par un bout pour finir par l'autre, tout en déplaçant les services au fil des travaux. 2010 verra l'inauguration d'un nouveau bâtiment de 5500 m² pour un total de 170 lits et places avec des autorisations et des lits supplémentaires. Nous avons largement intégré le volet développement durable dans notre concept avec des toitures végétalisées, des pare-soleil en terre cuite afin d'optimiser l'isolation et faire des économies de climatisation en été et une chaudière gaz à condensation. J'apprécie beaucoup de pouvoir me projeter sur le très long terme dans un projet. Notre prochain chantier sera l'installation de l'IRM en coopération avec d'autres établissements proches et la construction d'un étage supplémentaire sur le bâtiment de consultations.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Il y en a eu plusieurs. Avant la T2A, notre établissement était moins tarifé que les autres et nous avions de sérieux problèmes financiers suite à la mise en place des 35 heures. Nous avons dû financer la rénovation de notre service d'urgence sans emprunt, les banques ayant refusé de nous suivre, et faire patienter les créanciers, etc. La T2A nous a été heureusement favorable vu le type d'activités que nous assurons, chirurgie lourde, cancérologie, soins

palliatifs et nous a permis de nous redresser financièrement et de racheter nos murs. Mais avec un investissement à hauteur de 16 millions d'euros que nous venons de faire, restons prudents. D'autre part, nous ne savons pas si nous pourrions garder sur le moyen terme notre maternité, où nous accueillons 600 naissances par an. Ce service est déficitaire pour nous mais nous offre une excellente vitrine pour nous présenter et fidéliser notre patientèle, mais souffre aussi de l'énorme concurrence de l'hôpital au Nord de Lyon. Je crains que, lors de leurs départs en retraite, nous ne puissions remplacer nos obstétriciens.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Nous avons d'énormes difficultés de recrutement médical, et notamment d'obstétriciens et d'internistes. Certains médecins actionnaires freinent la venue de confrères et la loi HPST n'est pas en notre faveur. Les médecins ont des exigences qui se basent sur ce que l'on propose à l'hôpital, les 35h, les RTT, etc. Pour tenir un poste il faut en moyenne 5 personnes. D'autre part, la rémunération des missions transversales et des astreintes nous met dans une position difficile, il va pourtant bien falloir suivre. Nous sommes coincés à ce niveau là. Au niveau des ARS dans notre région, c'est le flou artistique. Affaire à suivre donc...

3 QUESTIONS

JEUDI 4 MARS 2010



**Françoise
AMALRIC-
DEROCHE**

directrice de la
clinique Trenel à
Sainte-Colombes-
les-Viennes (69)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Il y a 5 ans, j'ai fait un grand saut puisque je suis passée de la direction d'établissements SSR privés à but non lucratif à la direction d'une clinique MCO. Actuellement, j'ai le sentiment de vivre les plus beaux défis de ma carrière. Nous gérons une très forte croissance et expérimentons un changement d'échelle. En même temps, nous ne voulons pas perdre notre âme, notre histoire, notre approche des soins et la qualité des rapports à la personne-patients, salariés et praticiens. J'espère que ma plus belle expérience est à venir, avec la construction d'un nouveau bâtiment, l'agrandissement des plateaux techniques et des services de soins et l'augmentation du nombre des salariés. Je mets tout en œuvre, avec l'aide de l'équipe d'encadrement, pour que tout le monde « arrive à bon port ». Ce sera ma plus belle et probablement dernière grande expérience !

Quels sont vos plus gros échecs ?

Je regrette que la fermeture de notre maternité en janvier 2006, prévue depuis plusieurs années dans le cadre d'une recomposition du territoire de santé, n'ait pas pu se passer plus sereinement pour nos salariées. Je n'étais directrice de la clinique que depuis un an et je ne suis pas arrivée à imposer un processus plus participatif. Nous avons exprimé nos remerciements aux sages-femmes et aux auxiliaires de puériculture pour le travail accompli. Toutefois, malgré la reprise d'une partie du personnel par le centre hospitalier voisin, nous aurions dû organiser les choses plus officiellement, en présence des autres personnels et des praticiens. Mais ce genre de situation est tellement difficile à vivre pour les personnes que je ne sais pas vraiment si cela aurait atténué leur ressenti.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je reste très sceptique sur les critères d'attribution des MIG et des subventions Hôpital 2012. Le manque de rationalisation et d'objectivité des choix en matière d'autorisation dans les territoires de santé a déjà été pointé par l'IGAS.

Le secteur optionnel pose question aux praticiens. Leurs réactions sont variées mais certains commencent à intégrer les règles pour le « futur », notamment l'obligation de prendre en charge des patients en secteur 1 en cas de monopole d'une spécialité dans un territoire de santé.

Sur un plan plus général, c'est un défi quotidien pour les directeurs d'établissements sanitaires de tracer une route entre les précipices de la non-qualité et les parois abruptes de l'hyper-réglementation, avec les différents virages de notre tarification. D'autant que nos praticiens préfèrent l'autoroute, et sans radar ! Les nouvelles réglementations, souvent positives pour le patient, sont difficiles à mettre en œuvre dans un établissement de taille petite ou moyenne. Aujourd'hui : nouveau défi amusant : comment expliquer au PDG, chirurgien, que son aide-opérateur attitré (salariée), membre du CHSCT, part 3 jours pour la formation aux risques NRBC ? ! Néanmoins nous avançons, et avec bon nombre de praticiens, même si le changement culturel imposé par la V 2010 va provoquer quelques avalanches de protestations !

3 QUESTIONS



Sophie BEAURAIN
directrice
régionale
Sud-Est, groupe
Vitalia

JEUDI 11 MARS 2010

Quelles sont vos plus belles expériences ?

J'ai dirigé plusieurs cliniques avant de prendre le poste de directeur régional. J'ai vécu de grands moments avec des projets de regroupements de cliniques, de transferts d'activité mais je dois dire que le poste que j'occupe actuellement m'apporte d'autant plus de satisfaction qu'il est essentiellement centré sur l'humain. L'aventure humaine et l'idée que l'on peut mener à bout des projets dynamiques en fédérant des équipes de professionnels me plaît tout particulièrement. Mon rôle est d'amener, avec une équipe soudée, des résultats et de la qualité. Comme la réussite dépend de l'enthousiasme que l'on y met soi-même, il faut y croire tous les jours. Petit clin d'œil pour la journée du 8 mars dernier, je suis la seule femme à occuper le poste de directeur régional au sein du groupe.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Les situations de crises sont souvent dans un premier temps aussi des échecs. J'ai vécu des grèves et un incendie. L'impression d'échec vient du sentiment de n'avoir pas su ou pu anticiper et être certain d'avoir bien géré la crise. La gestion des risques est certainement le côté le plus difficile de notre métier. On parle trop peu des situations extrêmement douloureuses

que rencontrent les directeurs lorsqu'ils doivent gérer des crises liées à des erreurs médicales, assurer le soutien de la famille et le suivi avec le Conseil de l'ordre, devoir congédier du personnel et des médecins.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La période de mise en place des ARS correspond à une période d'incertitude, une période de transition par nature peu favorable pour la prise de décision de nos établissements. Il faut rester mobilisés, choisir les bonnes orientations dans un environnement très incertain qui subit des fluctuations tarifaires importantes. Les petites cliniques, celles implantées dans des villes avec des CHU, par exemple, ont certainement plus de difficultés encore que d'autres.

3 QUESTIONS

JEUDI 18 MARS 2010



Etienne MILLET
directeur de la
polyclinique du
Pays de Rance,
Dinan (22)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Après plusieurs années passées dans le secteur de la distribution de produits culturels, j'ai pris fin 2007 la direction de la Polyclinique avec deux objectifs principaux et urgents, qui furent des moments très forts : le transfert de l'établissement (en une semaine !) en septembre 2009 sur un nouveau site près de l'hôpital de Dinan, avec qui nous avons mis en place un Pôle de Santé public/privé, puis la Certification en décembre 2009. Ces deux challenges ont été une réussite et l'investissement des équipes maximal compte tenu des enjeux et des délais. La coopération avec l'Hôpital est aussi, je pense, un bel exemple, même s'il nous faut savoir négocier et résister sur certains points face à sa direction et nos tutelles. Nous avons créé un GCS de moyens (nous effectuons leur stérilisation, ils nous apportent des moyens techniques) et avons procédé à une redistribution des activités, de manière à ne pas être en perpétuelle concurrence. Nous avons ainsi cédé la maternité à l'Hôpital et avons récupéré le monopole de la chirurgie sur le secteur (sauf l'obstétrique) dans un bloc opératoire commun, à nette dominante privée donc ! Compte tenu de leur activité chirurgicale nettement inférieure à la nôtre, mais nécessitant une présence infirmière, nous allons étudier une mutualisation des effectifs gérés exclusivement par notre responsable de bloc opératoire.

Quels sont vos plus gros échecs ?

En apprenant ce nouveau métier, je n'ai pas encore connu de vrai échec, mais j'ai été particulièrement frappé par l'incohérence du système qui nous régit. Nous assurons indéniablement une mission de service public avec la permanence des soins, la prise en charge exclusive des urgences chirurgicales (que l'Hôpital ne fait plus) et pour lesquelles les financements dédiés viennent d'être supprimés ! Nous avons saisi l'ARH avec l'appui de la FHP Bretagne et nous espérons une

issue favorable. Ces financements nous ont été retirés au moment où l'ARH nous confiait totalement cette mission de service public et où nous en avons donc le plus besoin. En effet, c'est d'autant plus incompréhensible que ces activités d'urgences par définition non programmées engendrent des frais supplémentaires et perturbent grandement l'organisation des soins.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je pense que, quoiqu'il arrive, nous résistons mieux à la crise que le reste de l'économie mais nous sommes tout de même arrivés aux limites dans nos possibilités en termes de leviers de croissance de l'activité. Nous ne maîtrisons ni le paramètre P (prix, n'ayant aucune visibilité sur les tarifs), ni le paramètre Q (quantité, les patients recrutés par les chirurgiens) du chiffre d'affaires, et nous nous heurtons aux contingences des autorisations pour tout développement de nouvelles activités. Si l'on ajoute l'effet ciseau que nous subissons entre des charges en constante augmentation et des ressources aux évolutions incertaines, l'exercice de ce métier est dans les faits difficile. En ce qui nous concerne, nous avons dû rapprocher (atteindre est impossible !) le salaire de nos infirmières des grilles salariales de l'hôpital voisin et développer fortement la qualité et le respect des nouvelles normes sanitaires, en subissant un manque à gagner certain avec des tarifs à la baisse (cataractes), la non facturation du forfait hôtelier en ambulatoire (qui explose), des MIGAC faibles et non reconductibles et des contrôleurs T2A de plus en plus sévères. Important dans ces conditions de rester un directeur positif !

3 QUESTIONS

JEUDI 25 MARS 2010



Sébastien Tournebize
directeur de la clinique de Choisy et du Centre médical Renée Lacrosse à Gosier (97), Guadeloupe

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Suite à un DEA de Santé Publique, une mission sous forme de vatriariat à l'INSERM U357 et U359 (recherche en Économie de la Santé et drépanocytose) m'a permis de découvrir la Guadeloupe et de rencontrer le Dr Philippe Lacrosse, visionnaire et précurseur dans bien des domaines, qui m'a proposé de poursuivre mon activité sur la Guadeloupe pour notamment travailler à la restructuration de ses 2 cliniques, il y a plus de 12 ans. Mon plus beau succès est certainement le transfert de la Clinique de Choisy sur un ancien hôtel entièrement restructuré en 2005 qui s'est accompagné de la réintégration d'une dizaine d'ex-salariés de l'hôtel. Cela a été pour moi un moment magique et un geste récompensé chaque jour par l'engagement de notre équipe accueillante et mobilisée, c'est notre Force. J'aimerais citer la mobilisation du personnel lors de la venue début mars de l'artiste slameur « Grand Corps Malade » avec qui nous avons organisé un atelier « Slam ». D'autre part, nous avons beaucoup misé sur l'extension de notre activité avec l'ouverture en 2006 de l'HAD, qui répond à un vrai besoin de Santé Publique, et notre activité de dialyse qui prend en charge 200 des 400 patients de l'île. Enfin, notre clinique a fait office d'établissement laboratoire dans la mise en place du dossier médical informatisé CORIANIS et cela nous a permis de réfléchir au développement d'autres nouveaux outils de management

et de mesure de la performance. Je peux dire que ce métier, la population de l'île et les challenges à défier tous les jours, font de moi un homme très motivé et heureux.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Nous avons mis en place des consultations pré-dialyse avec un infirmier référent, un psychologue et un diététicien afin de pouvoir préparer les patients non encore dialysés et éviter les traumatismes qui accompagnent souvent les premières dialyses. Bien que la Clinique étant référente sur ce dossier, il est toujours alarmant de constater qu'aucun financement, aucune subvention dans le cadre du MIGAC ne sont prévus pour ce service de Santé Publique rendu.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je pense qu'avec la politique de santé actuelle il n'est pas toujours facile de mettre en commun les moyens. Sur une île, on apprend à être dépendant de l'autre et complémentaire et je pense que la politique sanitaire doit motiver les acteurs à rechercher cette complémentarité. Notre métier est devenu très technique mais je note une diminution sensible et favorable des barrières entre les acteurs administratifs et médicaux qui sont obligés de travailler ensemble de manière coordonnée, plus particulièrement dans le cadre de la Certification, des CPOM.

3 QUESTIONS



Olivier DUFAY,
directeur de la
polyclinique
du Pac à Dole
(39), Mutualité
française Doubs

JEUDI 1 AVRIL 2010

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Ma plus belle expérience est d'avoir participé activement au choix et à la concrétisation de la reprise de notre clinique en 2009, tout en faisant accepter au repreneur notre projet d'établissement sans réserves, à savoir le redimensionnement de notre service ambulatoire et la restructuration des blocs opératoires. Ce changement d'actionnaire n'a occasionné aucun départ de praticien actionnaire, d'où un signe de stabilité au niveau de la direction plutôt réjouissant. De plus, durant ces 7 années d'activité à la tête de la clinique, nous avons obtenu la reconnaissance financière de deux de nos spécialités, le service des soins continus et notre activité de chirurgie esthétique. Je pense que la clinique s'est renforcée, avec un chiffre d'affaires en progression de 28 % durant cette période.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Je pense que le risque de faire des erreurs d'appréciation n'est jamais exclu. Nous avons vécu deux visites de certification qui se sont moins bien passées que prévu avec 4 réserves en V1, suite à la visite d'un expert indépendant extrêmement pointilleux et une certification conditionnelle en V2. L'annonce des résultats a été comme une douche froide pour l'ensemble des équipes et une vaste remise en cause de notre manière de travailler. Les réserves ont bien entendu été levées depuis et nous avons fait de grandes avancées, notamment dans le domaine de la gestion des risques et le dossier patient.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La question de la tarification reste un problème majeur. Lorsque l'on dirige un établissement pluri-disciplinaire, on a vraiment l'impression de jongler, l'urologie et l'orthopédie sont revalorisées pendant que l'ophtalmologie et l'ambulatoire subissent le sort contraire. Pas toujours facile dans ces conditions de prévenir les revendications sociales même si l'on essaie toujours de faire des efforts en termes d'intéressement. Dans un autre domaine, au niveau régional, on sent de moins en moins de concertation entre les établissements et notre ARH, dont la disparition marque la fin d'un cycle, un certain raidissement, la reprise en main de l'assurance maladie par l'État. Je pense qu'il sera de plus en plus important de bien faire la promotion de nos établissements sur le terrain, de mettre en avant l'efficience dont fait preuve notre secteur.

3 QUESTIONS

JEUDI 8 AVRIL 2010



Béatrice CAUX
présidente de
l'Hôpital privé
de Parly 2 à Le
Chesnay (78),
Groupe Générale
de Santé

Quelles sont vos plus belles expériences ?

J'ai débuté ma carrière en tant qu'infirmière de bloc opératoire avant de faire des études de droit puis de gestion financière. J'ai intégré ensuite un « parcours de direction », où l'on fait étape dans chaque service, de la facturation aux ressources humaines. Ma connaissance de terrain de l'outil de production m'a beaucoup servi, surtout en début de carrière. J'ai eu l'opportunité de travailler en Île-de-France dans un établissement très spécialisé avec un fort potentiel de développement, c'est une très belle expérience de participer activement à la création d'une filière complète de soins cardio-vasculaire : médecine, chirurgie vasculaire et thoracique puis chirurgie cardiaque et enfin soins de suite et réadaptation. Puis il y a 5 ans, il m'a été proposé de revenir à l'Hôpital Privé Parly 2 où j'avais fait mes premiers pas de directrice. Je suis ravie d'avoir pu constituer une équipe d'encadrement composée d'anciennes et de nouvelles recrues où une osmose s'est installée, ravie de manager les sujets très divers : construction et travaux pour mise en œuvre de nouvelles autorisations, intégration de nouveaux praticiens, certification et labellisation. Même s'il est de plus en plus contraint, c'est un métier qui a du sens et que l'on a envie de partager. J'ai d'ailleurs eu l'occasion de former de futures directrices !

Quels sont vos plus gros échecs ?

J'ai vécu dans ma carrière il y a une vingtaine d'années une tentative manquée de reprise d'établissement, c'est certainement là ma plus grande déception. Dans le domaine des frustrations, je suis toujours assez agacée par la lenteur que prennent les dossiers et qui, au final, coûte du temps, de l'énergie et de l'argent. J'ai vécu cela récemment pour l'ouverture

de notre service de scintigraphie, entre les aléas des travaux, les difficultés de recrutement liées à la raréfaction des spécialistes dans certaines disciplines, des praticiens au radio-pharmacien, et enfin, le temps incontournable des visites de contrôle, nous avons pris plus de temps que souhaité.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Nous nous trouvons dans une période de transition avec la mise en place des ARS et beaucoup d'interrogations se posent. Nos interlocuteurs habituels ne connaissent pas encore leur devenir et nous ne connaissons pas encore nos nouveaux « interlocuteurs de proximité ». Quelle approche de l'hospitalisation privée auront-ils ? Quelle place nous sera octroyée dans les différentes instances ? En Île-de-France nous avions un directeur d'ARH soucieux de nous connaître. Quel seront nos relations avec les nouvelles équipes ? Aurons-nous à affronter quelques lenteurs liées aux nouvelles organisations ? Je suis par ailleurs très attachée à la médecine libérale, j'aime voir dans l'établissement des entrepreneurs soucieux de leur exercice, même si parfois il n'est pas facile de faire se rejoindre les particularités de chacun vers l'intérêt collectif. Je ne suis donc pas réellement en faveur du salariat des médecins. Il y a également l'actualité tarifaire ; il est indispensable que nos tarifs soient rééquilibrés car nous vivons dans une iniquité permanente insupportable. Alors que nous sommes efficaces, que nous pratiquons des activités de haute technicité, alors que nous travaillons sans cesse avec nos équipes sur nos projets médicaux, sur la qualité et la sécurité, nous pilotons nos établissements sans visibilité tarifaire.

3 QUESTIONS

JEUDI 15 AVRIL 2010



**Daniel
SAINTE-CROIX**
directeur de la
clinique Notre
Dame à Thionville
(57), Groupe
Médi-Partenaires

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Mon parcours est celui d'un infirmier spécialisé en anesthésie réanimation qui s'est très vite intéressé au fonctionnement de son outil de travail et en particulier du bloc opératoire. Je me suis vu confier par mon premier directeur une mission de management d'une activité opératoire en plein développement, se concrétisant par un passage de 3 à 30 praticiens en quelques années. S'en est suivi une formation en institut de cadre de santé, un poste d'infirmier général et, à 49 ans, un master en ressources humaines qui m'a conduit à prendre la tête d'une clinique, après diverses missions dont celles d'expert visiteur à la HAS, de consultant, de formateur en Instituts de formation de cadres de santé ainsi qu'un poste lié à la gestion des risques. Je dirige la Clinique Notre Dame depuis 2009 et j'ai l'impression d'être arrivé à bon port, même si cela ne constitue pas un aboutissement, mais simplement une quête logique de progression et de réalisation de soi. Plus prosaïquement, je suis heureux d'exercer une profession à laquelle je n'étais pas réellement prédestiné, ni par vocation, ni, comme dirait Bourdieu, par habitus.

Quels sont vos plus gros échecs ?

J'ai vécu une année très éprouvante dans le cadre du premier poste de direction que j'ai occupé avant de prendre la direction de la Clinique Notre Dame, avec une gestion difficile liée aux désaccords de plusieurs parties et à la vacation de certains postes clés. J'ai beaucoup œuvré à essayer de rétablir le dialogue, et à réorganiser l'établissement, notamment au niveau de la prise en charge des patients ambulatoires. Un plan d'action qualité soutenu par la MEAH a permis de réaliser la création d'un salon ambulatoire, d'échelonner les arrivées des patients,

d'optimiser la planification des actes opératoires et d'améliorer la prise en charge par des plans de soins guide. Un grand travail d'audit a été réalisé ainsi que des actions d'améliorations planifiées. Même si leur mise en œuvre reste contrainte par l'humain et sa capacité à s'intégrer à une organisation, je pense que ces projets m'ont permis de poursuivre mon apprentissage de chef d'orchestre...

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

J'ai, comme beaucoup, de grandes inquiétudes. Je pense que la logique comptable, la loi de Bercy, avec une évolution de l'ONDAM contrainte, l'absence d'augmentation des tarifs de l'hospitalisation privée et celle, constante, de nos charges, les réticences à la mise en place d'un tarif unique public privé, nous mettent dans des situations de management difficiles. La loi HPST octroie à mon sens un traitement plus favorable à l'hôpital public et les problèmes liés aux statuts des praticiens ne font que commencer. L'avenir appartiendra à ceux qui sauront attirer les talents et mobiliser les énergies. Toutefois, et c'est l'aspect positif de certaines réformes en cours, on assiste dans les établissements à une forme de décloisonnement des instances et de la gouvernance. Les différents acteurs sont obligés de se mobiliser ensemble, autour de thématiques communes, telles que les démarches qualité, l'évaluation des pratiques, la gestion des risques, le développement durable. Dans les aspects positifs, toujours, j'ajouterais mon appartenance à Médi-Partenaires, un groupe très dynamique qui offre aux directeurs des marges d'autonomie satisfaisantes, et des instances supports permettant d'exercer notre métier dans les meilleures conditions.

3 QUESTIONS

JEUDI 22 AVRIL 2010



Patrick CHARLOT
directeur de la
clinique Saint
Martin à Vesoul
(70)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Je suis issu comme certains de mes confrères de la filière hôtellerie et comme je suis d'avis que nous dirigeons des hôtels de santé, je pense que mes fonctions actuelles ne m'éloignent pas beaucoup de ma formation de départ. J'ai pris la direction de la Clinique Saint Martin en 2007, à une période peu propice car elle était au bord du dépôt de bilan. J'ai entrepris alors un gros travail de restructuration et de communication avec les personnels qui ont bien voulu jouer le jeu. Nous avons optimisé toutes les procédures, externalisé certaines tâches pour pouvoir nous recentrer sur les soins, créé de nouvelles fiches de postes et opté pour une optimisation des tâches des personnels de soins. Malgré l'équilibre retrouvé, je reste très prudent car nous sommes un petit établissement indépendant de 70 lits et places et l'avenir reste somme toute assez incertain.

Quels sont vos plus gros échecs ?

L'hôpital public a inauguré ses nouveaux locaux en octobre 2009 à 100 mètres de notre établissement. Nous lui avons tendu la perche à plusieurs reprises afin de mettre en place une coopération, voire intégrer leurs locaux, mais sans la volonté des hommes, de l'administration et des politiques aucun projet ne peut voir le jour. L'Hôpital avec qui nous sommes en concurrence sur certaines activités, semble maintenant dans de meilleures dispositions à notre égard mais, entre temps, nous aussi avons pris les nôtres ! Personnellement je regrette qu'un sain rapprochement ne se soit pas fait. Je pense tout simplement qu'on ne parle pas le même langage. Dans un autre domaine, l'attribution d'une autorisation en cancérologie s'est soldée par un échec. J'aimerais pointer du doigt les distorsions que nous rencontrons dans les modalités d'attribution de ces

autorisations lorsqu'un médecin arrive ou quitte un établissement. Dans notre cas, l'activité du médecin dernièrement venu n'a pas été comptabilisée pour le calcul de notre seuil, ce qui a engendré un refus d'autorisation, alors que l'établissement qu'il venait de quitter a pu la comptabiliser ! C'est un grand regret pour nous, surtout pour nos médecins.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Gérer nos entreprises revient à conduire en plein brouillard avec des cônes à éviter et des arbres couchés en bord de route. On nous fait courber l'échine toujours plus bas. Il est nécessaire d'avoir une vraie présence sur le terrain et communiquer. Dans ce domaine, il y a encore beaucoup de travail à faire avec la population mais aussi avec nos employés. Je fais un gros travail de communication avec mes personnels depuis trois ans. J'ai passé énormément de temps à leur faire des cours d'économie, à leur expliquer comment notre entreprise fonctionne, pourquoi on ne fait plus de cancérologie, pourquoi nous n'avons plus de service d'urgences, pourquoi les dépassements d'honoraires, etc. Cela dit, la totalité de nos praticiens sont en secteur 1 et à Vesoul, la pratique des dépassements d'honoraires est plutôt celle de l'hôpital, comme quoi, il faut se méfier des idées reçues !

3 QUESTIONS



Dominique BOULANGÉ
présidente
des cliniques
Ambroise Paré,
Pierre Cherešt
et Hartmann à
Neuilly-sur-Seine
(92)

JEUDI 29 AVRIL 2010

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Ceux qui me connaissent savent que je suis une personne très engagée dans la vie, professionnellement et socialement. Après des études à Dauphine et parce que l'aspect social des métiers de la santé correspondait à mon éthique personnelle, j'ai décidé de devenir infirmière. La soif d'apprendre m'a ensuite motivée à continuer des études tout en travaillant. Après avoir fait une maîtrise de droit à Nanterre, un troisième cycle d'économie de la santé à Dauphine et un DECS aux Arts et Métiers, j'ai pris la direction d'une clinique. Quel bonheur ! Je travaille quotidiennement avec des équipes formidables. Je leur suis reconnaissante de m'avoir suivie il y a 30 ans dans ce qui à l'époque était déjà mon cheval de bataille, mais pas encore une préoccupation fondamentale de l'hospitalisation privée telle qu'on la connaît aujourd'hui : la continuité et de la permanence des soins. J'évoquerai le travail de 25 ans à la Clinique Ambroise Paré, établissement vétuste de taille modeste avec ses 60 salariés, devenu une clinique ultra moderne de plus de 500 salariés et de 300 médecins regroupant des spécialités de hautes technicités et des équipes de grande valeur reconnues par tous. Nous accueillons également dans tous les métiers un nombre très important de jeunes en apprentissage. Donner une chance, transmettre notre savoir ont toujours été, pour moi, une volonté et une priorité.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Je me suis toujours battue pour la cause de nos patients en leur offrant un bel établissement, un service hôtelier de qualité et un plateau technique de pointe. Mon grand regret est de n'avoir pu contenir les dépassements d'honoraires de nos praticiens. C'est l'épine dans mon talon. Le rapprochement de nos

trois cliniques : Ambroise Paré, Pierre Cherešt et Hartmann sur un nouveau site de plus de 350 lits et places à l'horizon 2014 nous permettra de travailler sur une charte d'encadrement. Fort heureusement, en cardiologie, activité pour laquelle nous sommes centre de référence sur notre territoire qui couvre deux extrêmes en termes de patientèle, de Nanterre à Neuilly, nos praticiens sont en secteur I.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La santé en France est perçue comme un coût et non comme un investissement. Je pense qu'il faut arrêter de nous, et de se culpabiliser. Nous sommes, tous secteurs confondus, public et privé, comptables des deniers de la sécurité sociale. À savoir, bien gérer et optimiser chaque euro, ce qui n'est pas toujours le cas. Permettre aux patients de reprendre une activité, leur redonner la santé et le bonheur de vivre est une valeur ajoutée économique qui est rarement prise en compte. Paupériser le monde de la santé privée aura comme impact de stériliser les investissements nécessaires pour répondre aux besoins de la santé publique de demain. Comme disait Marx, les bénéfiques sont nécessaires, il faut juste décider de leur finalité.

3 QUESTIONS

JEUDI 6 MAI 2010



Romain DUSSAUT
directeur
de l'Hôpital
européen Paris
La Roseraie et de
la polyclinique
d'Aubervilliers à
Aubervilliers (93)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Je suis arrivé dans le domaine de la santé dans le cadre d'une mission d'audit financier lors du rachat de la clinique par le groupe Italien Villa Maria. J'ai été embauché au poste de directeur adjoint en 2005 et je dirige actuellement deux établissements sur Aubervilliers. Ce métier m'a ouvert tout un horizon où la finance est souvent reléguée au second plan. En effet, avec 30 000 passages aux urgences par an sur un territoire en grande fragilité sociale où il n'y a pas d'hôpital, 27 % de patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME – pour un taux national de 9 % –, 45 % des parturientes qui se présentent dans notre maternité sans avoir eu de suivi préalable, un centre de santé saturé avec 1200 patients par jour pour 35 spécialités, je pense qu'indéniablement nous remplissons à 150 % notre mission de service public. Notre quotidien à la clinique est fait de situations extrêmement paradoxales. Si les plus grands hôpitaux de Paris nous envoient leurs patients pour notre spécialité de neurochirurgie, notre maternité subit un taux de fuite de l'ordre de 44 % en sens inverse, lié à notre lieu d'implantation, lieu qui, pour notre activité de scintigraphie cardiaque ne parvient pas à décourager les patients de la capitale ! Chez nous, on ne s'étonne donc plus de rien, nous accueillons tout le monde, patientèle du 16^e et patients sans droits, et faisons par exemple régulièrement des accouchements avec interprète interposé via une ligne téléphonique.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Mes regrets sont plutôt des constats. Le report de la convergence est désolant. On note en radiothérapie un écart de tarif entre le privé et le public très important alors que chez nous le patient attend moins de 3 jours pour être pris en charge. Nous avons les mêmes exigences, les

mêmes équipements et les mêmes devoirs vis-à-vis des patients, qui, dans une zone défavorisée comme la nôtre arrivent très souvent avec des pathologies très lourdes, détectées beaucoup plus tard et des DMS plus longues. C'est parfois très difficile au quotidien de veiller à la bonne santé de tout un pan de population pour qui, payer le ticket modérateur, relève de l'impossible. D'autre part, j'évoquerais le malaise de nos personnels qui sont mis à contribution au maximum. Nous venons d'ailleurs d'endiguer un mouvement social chez nous. Quand on compare nos effectifs à ceux de l'AP-HP par exemple, rapportés aux quotas en vigueur, les écarts sont choquants.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Je pense que, sur notre secteur, un travail de maillage de la part des tutelles manque. Nous aimerions pouvoir proposer à nos patients un vrai parcours de soins intégré qui ne pourrait se faire qu'avec une collaboration avec les hôpitaux proches. Je pense tout de même qu'il faut faire le ménage devant sa porte en premier. Le secteur privé ne se sert pas toujours les coudes et l'activité libérale des médecins ne favorise pas toujours les règles de bonne conduite. Même si nous avions une ARS proche de nous, je pense que le regroupement des pouvoirs et des compétences en une unité est potentiellement une bonne chose. Maintenant j'attends de voir ce qu'il adviendra de la répartition juste des MIGAC évoquée par M. Evin. Pour terminer, je pense que nous pourrions nous inspirer de ce qui se fait en Italie où les clivages public-privé se sont largement estompés.

3 QUESTIONS

JEUDI 13 MAI 2010



Jean-Philippe GAMBARD
directeur de la
clinique Floréal à
Bagnolet (93)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Il y a quatre ans, j'ai fait le choix de reprendre la direction de la clinique familiale à un moment où l'établissement rencontrait de grandes difficultés, compromettantes pour la continuité de l'activité suite au passage à la T2A. À l'issue de ces quatre années, je suis heureux de constater que nous avons pu inverser la tendance et su rendre notre établissement attractif. Notre clinique est un établissement de proximité qui dispose d'un service d'urgence. L'agrandissement de notre service d'urgence qui accueille 16 000 passages par an a été une priorité, de même que l'acquisition d'un scanner en 2008, pour mieux répondre aux besoins des usagers. Dans la continuité de notre stratégie, nous sommes très fiers d'accueillir une IRM en juillet prochain qui permettra de diminuer les délais d'attente pour ce type d'examen dans notre secteur et d'améliorer la prise en charge de nos patients. Notre établissement a aujourd'hui retrouvé toute son attractivité et l'arrivée de 10 nouveaux praticiens au cours des deux dernières années a apporté un nouveau souffle à notre activité. Je suis réellement pris de passion pour ce métier riche intellectuellement et humainement.

Quels sont vos plus gros échecs ?

J'ai la chance de pouvoir dire que je n'ai pas connu d'échec à ce stade de mon expérience et il est vrai que nous travaillons durement chaque jour afin que nos décisions et nos actions portent leurs fruits. Pour éviter l'échec, je m'attache à identifier les affaires potentiellement sensibles, en amont et je concentre mes efforts afin de leur assurer une bonne fin.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La recomposition de l'offre de soins va nécessairement s'opérer et les cliniques privées devront faire face à la réorganisation des hôpitaux. Même si le nombre de cliniques a diminué, la restructuration du secteur privé en région parisienne est loin d'être achevée, ce qui nous pousse à rester en alerte et à reconsidérer notre positionnement.

JEUDI 20 MAI 2010



Laurent WALLEZ
directeur de la
clinique du Croisé
Laroche à Marcq
en Baroeul (59)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

J'exerce dans un groupe qui, lors de sa création en 2007, a vu la nécessité d'associer les compétences et les outils des différents établissements, tout en préservant un maillage territorial cohérent pour les différents types de population sur la métropole lilloise. Depuis 28 ans que j'exerce dans le secteur de la santé – dont 15 passés à la direction des ressources humaines – je n'ai jamais connu une année où il n'y ait eu un changement majeur ou un challenge à relever, et je pense que ce métier est devenu très technique et hyper spécialisé, avec un niveau d'exigences élevé de la part des tutelles. J'aime profondément ce métier qui nous oblige à avoir un regard social et transversal. À ce titre, la création d'un centre de formation CFA pour infirmières et aides-soignantes, née d'une idée que j'ai eue avec un ami responsable d'un centre de formation et que nous avons mis en place sur notre site il y a 3 ans, est une réussite et une grande satisfaction pour moi. Nous formons 15 infirmières et 40 aides-soignantes par an et nous sommes en capacité de proposer au sein même du groupe toutes les spécialités requises pour les stages. Nous pensons être en mesure de pouvoir augmenter très prochainement notre capacité de formation. Nous assurons 18 000 heures de formation pour les jeunes par an et nous espérons que ce personnel formé dans le privé lui restera durablement fidèle. Il faut bien faire preuve d'ingéniosité pour pallier à la fuite des compétences !

Quels sont vos plus gros échecs ?

Notre déception la plus récente a été un refus d'autorisation en cancérologie gynécologique – à quelques actes près – alors même que nous venions de recruter un jeune chirurgien spécialisé. Nous avons déposé un recours mais il est évident que le temps et l'énergie dépensés à se battre pour régler des problèmes administratifs ne vont pas au bénéfice des patients.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Manque de visibilité en ce qui concerne nos tarifs, maîtrise des charges, législation toujours plus lourde, absorption des réformes, qualité de l'offre de soins, pénurie de certains personnels, dépassements d'honoraires, difficultés rencontrées par certains patients pour régler le reste à charge, etc. Beaucoup de questions qui ne nous rendent pas la vie facile mais qui font partie de notre quotidien. Nous passons notre temps à essayer de trouver le bon équilibre et maîtriser les aspects sociaux. Cependant, personnellement, je vois l'avenir d'un œil positif, faisant partie d'un groupe où une forte synergie s'est assez rapidement mise en place et qui a su garder sa place sur son territoire de santé.

3 QUESTIONS

JEUDI 27 MAI 2010



Heidi Giovacchini
directrice de
l'Hôpital privé
Natecia à Lyon
(69), groupe
Noalys

Quelles sont vos plus belles expériences ?

J'ai eu beaucoup de belles expériences au cours de dix années de direction de cliniques. Toutefois, s'il ne fallait en garder qu'une, la réalisation dont je suis la plus fière est sans conteste d'avoir pu introduire la psychiatrie au sein d'un établissement obstétrical, avec l'obtention d'une autorisation de pédopsychiatrie qui s'est traduite par la création d'un service de psychopathologie périnatale unique en son genre encore aujourd'hui.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Je n'aime pas parler d'échecs mais plutôt d'expériences qui m'ont permis d'évoluer dans mon métier. Les pénuries de sages-femmes et d'infirmières au début des années 2000 ont contribué à réfléchir autrement, à être plus imaginatifs et aussi plus solidaires entre directeurs, pour prendre un exemple. Aujourd'hui, le contexte économique difficile et la structuration du paysage sanitaire privé avec une très forte présence des groupes financiers, fait qu'une certaine solidarité

face au secteur public s'est perdue. Il nous faut rester vigilants et être attentifs afin de préserver le sens de notre métier.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La crise est venue frapper la santé dans un second temps par rapport aux autres secteurs. Elle nous a contraints à commencer à réfléchir à un autre modèle économique. Celui que je vois poindre est un modèle où les médecins auront lentement mais inexorablement le statut de salariés, sauf dans les rares cliniques indépendantes et encore... Finalement, nous ne nous distinguerons des secteurs public et ESPIC que par le statut juridique et notre actionnariat. Restera à relever le défi de la recherche et de la formation, et, à mon sens, cela est possible.

JEUDI 3 JUIN 2010



Marc LEVESQUE
directeur de la
clinique d'Aguilera
à Biarritz (64),
groupe Générale
de Santé

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Continuer à améliorer les performances d'un établissement, dans le contexte connu ces dernières années, avec des tarifs qui n'évoluent pas et des règles de facturation qui changent sans cesse, constitue, je pense, une réussite. Ce métier, c'est pour moi, de ce fait, donner le meilleur de soi-même en permanence et fédérer. L'aspect humain avec ses multiples facettes : fédérer les équipes d'encadrement, faire progresser les jeunes collaborateurs, faire émerger des talents est source d'une énorme satisfaction. D'autre part, j'ai la chance d'entretenir d'excellentes relations avec certains de nos médecins qui m'ont d'ailleurs initié à leur science et ont partagé leur savoir avec moi, ce qui se révèle d'ailleurs fort utile lors de la création de projets médicaux. J'ai à leur contact énormément appris de choses sur la médecine, sur le sens à donner à mon métier et c'est tout simplement passionnant.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Nous nous sommes engagés avec 2 autres cliniques et un CH, à l'instigation de la précédente ARH, à un regroupement de l'activité de cardiologie interventionnelle du territoire de Bayonne. Je suis personnellement assez pessimiste en ce qui concerne la phase transitoire de ce projet, qui prévoit un regroupement d'activité sur deux établissements distincts pendant 3 ans. Pour moi, il y a un risque de régression, l'installation sur le site du CH se faisant dans des locaux trop distants les uns des autres, non adaptés et peu homogènes, avec des coûts de fonctionnement lourds. Dans l'esprit de la coopération sanitaire, on devrait faire mieux, ensemble. Je crains qu'en ce qui nous concerne, ce ne soit malheureusement pas vraiment le cas.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La loi HPST va foncièrement mélanger les cartes et changer la donne pour l'ensemble des acteurs de santé. Pour ce qui est des missions de service public, le secteur privé devrait y gagner avec leur redéfinition et un élargissement des acteurs pouvant les assurer. Avec la mise en place des ARS, nous pouvons craindre une perte d'autonomie des régions, et de fait une place plus réduite pour l'hospitalisation privée, avec des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie, qui ne sont que des organismes consultatifs où nous serons peu représentés. D'autre part, la possibilité pour les hôpitaux de recruter des praticiens libéraux va nous rendre la tâche plus compliquée. Enfin, le rôle des CME va évoluer et la question de leur structuration et de leur professionnalisation, mais aussi du dédommagement de leurs présidents reste posée de manière plus aiguë. Plus généralement, nous sommes soumis à des contraintes toujours plus drastiques, qu'elles soient d'ordre tarifaire ou réglementaire, et confrontés à un manque de visibilité. Sur ce dernier point, je pense notamment au traitement qui sera appliqué aux dépassements des OQOS par exemple. Le vent que l'on sent poindre est plutôt contre nous mais personnellement je m'inscris dans la durée et ma motivation à renforcer mon établissement et défendre les intérêts de notre profession s'en trouve décuplée.

3 QUESTIONS



Jean-Paul VARICHON
directeur de la clinique du Val d'Ouest-Vendôme à Ecully (69)

JEUDI 10 JUIN 2010

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Je suis simplement heureux de diriger un établissement dont le projet médical assure une pérennité. Il est doté d'axe spécifique comme la chirurgie pédiatrique, les malformations de l'enfant. Dans mon établissement, on donne aussi la vie (plus de 3000 accouchements). Nous accueillons 24000 patients par an et notre prochain projet est l'ouverture d'un service d'urgences pédiatrique à horizon 2011.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Nous avons une ligne directrice et l'échec est pour moi le non respect du contrat moral avec le patient. Comme pour tout autre établissement de santé, il arrive qu'un patient ne soit pas satisfait; le risque n'existant pas, cela me touche tout particulièrement. Ayant moi-même exercé en tant que médecin, je pense que l'on développe une certaine sensibilité pour les choses liées à l'aspect médical et au ressenti du malade.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La pénurie des médecins. Le maintien du niveau d'activité de soins actuel repose la participation active de la pratique libérale des praticiens. Rappelons simplement que le temps de travail du libéral n'est pas soumis aux contraintes du droit du travail des salariés. Il faut valoriser le statut libéral auprès des jeunes praticiens et procéder à la réévaluation de la tarification des praticiens libéraux, qui ont été les oubliés de 2005 dans la

tarification à la pathologie où le simple transcodage a été la règle. Le débat sur les compléments d'honoraires devrait en préalable rappeler ce fait. Le deuxième point que je souhaite aborder concerne les normes de précaution. Ces normes, ne font l'objet d'aucune évaluation si bien que personne ne se pose la question de savoir si, par exemple, le système de ventilation exigé, dévoreur d'électricité et extrêmement coûteux est réellement nécessaire. Ne doit-on pas évaluer ces normes dictées par les professionnels de la ventilation dans ce cas ? Enfin, je m'inquiète de l'évolution des tarifs et de la réflexion volume/bas coûts. Où est la limite ? Du côté des économies, il faut opérer les évolutions et regroupements nécessaires afin que la santé ne soit plus le sponsor de la gestion des territoires avec les coûts que l'on connaît.

3 QUESTIONS



Pierre-Olivier COSTA directeur de la polyclinique de l'Atlantique à Saint Herblain (44), groupe Vedicci

JEUDI 17 JUIN 2010

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Après avoir dirigé deux autres cliniques (régions Champagne-Ardenne et PACA) j'ai pris mes fonctions à la Polyclinique de l'Atlantique (Loire Atlantique) en 2008. L'un des aspects que j'apprécie dans le cadre de mes fonctions actuelles est que la taille de cet établissement (300 lits et places) et son appartenance à un groupe (Vedicci) me permettent d'avoir une réflexion stratégique très orientée sur le développement de projets innovants. Notre établissement a la particularité d'être, avec 5 000 naissances, la plus grosse maternité de France ce qui a permis à son équipe médicale de mettre en place, par exemple, un dispositif de monitoring fœtal sans fil, qui a révolutionné la prise en charge des patientes, leur conférant ainsi une mobilité continue. Par ailleurs, nous disposons depuis peu d'un robot de chirurgie Da Vinci utilisé en urologie et gynécologie, en partenariat avec 3 autres établissements du groupe. Il est bénéfique que l'Hospitalisation Privée puisse être ainsi à l'« ultra-pointe » de la technologie et atteste au grand public que nous sommes capables d'investir dans des équipements qui ne procurent pas nécessairement de gains financiers additionnels mais accroissent la qualité de prise en charge des patients. Pour autant, cela ne remplace en rien la valeur des qualités humaines de nos équipes mais nous positionne clairement face au secteur public.

Quels sont vos plus gros échecs ?

J'aimerais parler des difficultés que nous avons à échanger actuellement avec les syndicats et les représentants du personnel qui nous renvoient la différence des rémunérations public/privé comme le résultat de notre propre échec à obtenir des tarifs équitables face à l'hôpital. C'est un dialogue de sourds : eux de venir avec des demandes quasi

délirantes, et nous incapables de justifier la faiblesse de nos marges de manœuvre.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

La communication ! Elle seule nous permet aujourd'hui de lutter contre les idées reçues qui ont la vie dure. Membre de la commission communication de la FHP, je pense que le thème de « L'Accessibilité » retenu pour la dernière campagne est opportun et l'impact pertinent. Pour la petite histoire, il a même fallu convaincre le directeur de l'agence de communication, réalisatrice du spot télé *Le Rugbyman*, que dans la réalité tout le monde peut aller se faire soigner dans une clinique, quels que soient ses moyens ! Je pense que les différences, médicales ou financières, entre les secteurs public et privé s'amenuisent de plus en plus. Les chambres particulières à l'hôpital ne sont souvent pas moins chères que dans une clinique, dans notre établissement une majorité de praticiens ne perçoivent pas de compléments d'honoraires. Le reste à charge n'est donc pas forcément plus élevé dans nos cliniques et hôpitaux privés que dans le public. Il faut se décomplexer et diffuser cette information car la guerre de l'image est loin d'être gagnée.

3 QUESTIONS

JEUDI 24 JUIN 2010


Isabelle DUMONT

directrice de la clinique Saint Paul à Fort de France (97), Martinique, Membre du CA de la FHP-MCO, Présidente du Syndicat régional FHP de la Martinique

Quelles sont vos plus belles expériences ?

J'ai été recrutée il y a 16 ans pour donner une impulsion nouvelle à une clinique MCO indépendante de 50 lits et je pense avoir rempli une bonne partie de mon contrat. La clinique comptait 47 lits MCO en 1994, elle en a actuellement 102 en MCO, 55 en SSR et 55 en psychiatrie. Notre manque de place au début des années 90 a fait que nous avons largement axé notre développement sur la chirurgie ambulatoire avec des DMS très courtes. Notre développement s'est fait également grâce à un réinvestissement systématique des bénéfices, aux rachats d'une clinique en dépôt de bilan et d'un ancien hôtel où nous avons installé nos lits de SSR, à l'inauguration d'un bâtiment neuf en 2009 et à l'obtention de nouvelles autorisations. Malgré l'augmentation de notre activité, nous avons su préserver une forte culture d'entreprise, en associant nos personnels aux projets d'extension et de rénovation. Nous organisons des journées multidisciplinaires à thèmes chaque mois qui impliquent de manière transversale tous les personnels et sont autant de rencontres avec le grand public. Nous découvrons sans cesse de nouvelles vocations, si bien que nous avons mis en place des formations « diplômantes » et nommons des référents pour chaque thème. Cela permet à chacun d'évoluer dans son métier. Nous avons également obtenu le prix de la qualité et de la performance de l'ADEME fin 2009.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Nous avons eu un refus d'autorisation UPATOU juste avant la réforme des services d'urgence, alors que nous assurions déjà une prise en charge sans rendez-vous avec des médecins présents de 7h à 24h ! Le secteur privé est tout petit en Martinique, aussi, il est très difficile d'obtenir certaines autorisations, en psychiatrie notamment, voire de formaliser des partenariats avec le secteur public.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

J'aimerais évoquer les démarches tarifaires incompréhensibles de la part de nos tutelles avec des tarifs fluctuants et pénalisants, notamment en chirurgie ambulatoire. L'absence de continuité notoire, tout en ne remettant pas en question nos orientations médicales, nous prend en quelque sorte en otage. Dans un autre domaine, nous nous félicitons d'avoir à la tête de notre ARS un homme de terrain dynamique, qui connaît bien la région et l'hospitalisation, ce qui n'a pas toujours été le cas avec nos précédents directeurs d'ARH. Pour terminer, j'aimerais parler de l'importance de continuer à communiquer sur l'hospitalisation privée en direction d'un public pas toujours facile à atteindre, et à persévérer dans le travail de valorisation qui a été amorcé cette année.

3 QUESTIONS

JEUDI 1 JUILLET 2010



Claire RAVIER
directeur général
de la polyclinique
du Parc Rambot
à Aix en Provence
(13)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Ma plus belle expérience est certainement celle que je vis actuellement. Les actionnaires de la Polyclinique ont décidé, suite au rachat du fond de commerce d'un autre établissement, de regrouper les activités sur un même lieu en construisant une Nouvelle Polyclinique (23 000 m² + 3 000 m² de centre de consultations) aux normes HQE. Nous avons travaillé sur le choix des architectes, le programme, les plans en y associant nos personnels et même les usagers. Nous devons réfléchir maintenant à ce que sera la médecine de demain ne rien oublier garder une capacité d'extension rester dans le budget Ce n'est pas toujours simple, car il faut conjointement continuer à gérer les 2 sites, structures obsolètes par rapport à l'activité, avec toutes les contraintes que l'on connaît : pénurie d'IDE, climat social, banquiers qui suivent de près les chiffres Par ailleurs, notre établissement vit, depuis octobre 2009, à l'heure du développement durable, projet qui a reçu une adhésion assez massive du personnel avec la mise en place de groupes thématiques: déchets, achats, transport, énergie, bien-être au travail. Nous avons signé un engagement dans la campagne de réduction des gaz à effet de serre, « Two for tea » initiée par l'agence Primum non Nocere, qui nous donne comme objectif de diminuer tous les ans de 2 % nos émissions, et ceci, pendant 10 ans. C'est un beau challenge à relever. Mon projet plus personnel est de continuer à prendre soin de mes soignants afin qu'ils puissent en retour déployer toutes leurs énergies à soigner leurs patients.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Je ne parlerai pas d'échec mais d'incompréhensions et d'incohérences. Alors que, suite au rachat d'une clinique Aixoise en 2006, nous avons reçu en 2008 l'autorisation de nous regrouper sur un seul site, notre établissement n'est toujours pas reconnu par la Tutelle comme un seul et même établissement, alors même que les instances sont communes et que la certification a été unique. En conséquence, nous avons 2 CPOM, 2 CBU... Pour les autorisations d'activité, nous sommes considérés comme 2 établissements distincts alors que la plupart de nos praticiens travaillent sur les deux sites ce qui fait que nous devons maintenir par exemple des activités de chirurgie cancérologique entre les 2 sites. Cette lourdeur administrative est absolument superflue.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Il y a l'actualité propre à la Polyclinique et l'actualité générale Comment permettre aux praticiens de développer leur activité quand les locaux ne suivent pas ? Comment accorder une revalorisation salariale au personnel quand l'État n'accorde aucune augmentation ? Comment comparer les secteurs public et privé quand les règles du jeu ne sont pas les mêmes (statut du personnel, subventions...) ? À l'avenir, le secteur privé va de nouveau devoir se retrousser les manches pour innover et soigner de moins en moins cher mais il y a bien un moment où cela cédera.

3 QUESTIONS

JEUDI 8 JUILLET 2010



Daniel CARRÉ
délégué national
chargé des
usagers de santé
de l'Association
pour le droit de
mourir dans la
dignité (ADMD),
administrateur
du CISS
Île-de-France,
représentant
en CRU

Quelle est votre perception de notre système de santé actuel et de l'hospitalisation privée ?

Le grand débat actuel sur la santé nous amène à l'appréhender sous deux angles : « santé solidarité » et « santé marché économique ». Je suis, naturellement, un fervent défenseur du premier mais une approche éthique doit permettre la cohabitation des deux. Quant au système français, où cohabitent les secteurs public et privé, je constate qu'ils sont complémentaires et qu'ils ont leur légitimité du moment où des moyens de régulation et de contrôle sont en place et fonctionnent efficacement et équitablement. Reste pour moi le problème de l'accessibilité aux soins, notamment pour des personnes âgées, souvent aux revenus moindres, nombreuses dans les 47 500 adhérents de notre association. Très souvent, le service et les prestations des hôpitaux privés où l'on peut se faire soigner plus vite et plus confortablement, ne sont pas à leur portée. Par ailleurs, pour ce qui est de la prise en charge des patients en fin de vie, il y a encore beaucoup de travail à faire en ce qui concerne l'offre, la capacité et la qualité de la prise en charge. Cela concerne les deux secteurs, bien que le secteur privé soit moins concerné, car le nombre de décès en clinique privée (43 500 par an) est beaucoup plus faible qu'à l'hôpital (255 200 par an) - données 2006 dans étude IGAS 2009.

Pensez-vous que les dépassements d'honoraires constituent un frein dans le développement de l'hospitalisation privée ? Pourquoi ?

C'est un vrai problème, surtout parce qu'il est difficile de dire ce que vaut un acte chirurgical bien fait, tout talent méritant rémunération. Pour moi, ces dépassements font partie des inégalités du système et sont autant de difficultés pour les malades. Je pense qu'un débat devrait être ouvert sur ce sujet parce que c'est une vraie question sociétale. La prise en charge des coûts par la sécurité sociale diminue, l'accès à de bonnes Mutuelles complémentaires n'est

pas ouvert à tous. Aux coûts des soins, s'ajoutent aussi les frais d'hébergement qu'entraîne la dépendance, en particulier celle liée à l'âge, à charge des familles dans une proportion très importante.

En perspective du Congrès avec les représentants des usagers de la FHP-MCO le 14 septembre 2010, quels messages aimeriez-vous faire passer ?

Le respect de la volonté du patient est une condition indispensable au bon déroulement de l'hospitalisation. Le grand sujet qui concerne l'ADMD est celui des conditions de la fin de vie et de l'application de la loi Leonetti. Les directives anticipées et le mandat de la personne de confiance devraient figurer dans tout dossier patient. Plutôt qu'à l'accueil, ils devraient être remis au chirurgien, à l'anesthésiste et aux responsables de soins. Il est pour nous très important que le patient puisse dialoguer avec ses soignants sur les risques d'une intervention et puisse à cette occasion clairement indiquer ses volontés aux médecins, en cas d'évolution difficile de son état. De plus, nous sommes fermement contre l'acharnement thérapeutique. Nous souhaitons vivement qu'en face d'une décision d'arrêt de traitement, la procédure de concertation prévue par la loi soit effective. Il faut ensuite que tous les traitements indispensables, symptomatiques et sédatifs, soient donnés au malade pour lequel un arrêt de traitement a été décidé. Enfin, nous militons activement pour que des conditions plus humaines entourent la mort de la personne. L'étude MAHO de 2008 conclut que les infirmières évaluent que dans 35 % des cas seulement les conditions du décès sont acceptables. Pour conclure, l'ADMD incite fortement ses Représentants d'Usagers en CRU à exercer leur vigilance citoyenne sur les conditions de fin de Vie dans l'établissement où ils siègent.

3 QUESTIONS



Georges-Alexandre IMBERT

président de l'Association d'aide aux victimes des accidents et maladies liés aux « risques » des médicaments

JEUDI 15 JUILLET 2010

Quelle est votre perception de notre système de santé actuel et de l'hospitalisation privée ?

L'hôpital public est considéré par tout un pan de la population (les personnes en difficulté, les cas sociaux), comme un lieu de refuge et je suis toujours surpris lors de mes visites et interventions à l'hôpital, de voir tous ces gens qui, n'étant pas réellement malades, n'ont en quelque sorte rien à faire à cet endroit car ils gênent le travail des personnels et des services ainsi que le bien-être et la guérison des malades. Ce phénomène est certainement moins visible dans les cliniques privées.

Pensez-vous que les dépassements d'honoraires constituent un frein dans le développement de l'hospitalisation privée ? Pourquoi ?

Les chirurgiens sont des artisans et il faut leur donner les moyens. Si on veut avoir un bon artisan il faut le payer ! Je pense que les honoraires des médecins, très encadrés et contraints, ne sont pas toujours intéressants pour eux. Maintenant, si les dépassements ne sont pas extravagants, étant tous relativement bien couverts grâce aux mutuelles, je ne vois pas cela comme un problème majeur.

En perspective du Congrès avec les représentants des usagers de la FHP-MCO le 14 septembre 2010, quels messages aimeriez-vous faire passer ?

Ils se résument en trois thèmes : l'hygiène pour éviter les infections nosocomiales, la formation parce que les personnels sont souvent peu

formés aux équipements modernes, ce qui peut provoquer des accidents comme ceux connus des surirradiés d'Épinal, et la sécurité parce que c'est le combat de notre association : éviter les accidents et défendre les victimes des médicaments, que l'on chiffre environ à 150 000 par an en France. Nous militons pour une meilleure appréhension des risques et des effets secondaires liés à la prescription et à l'usage des médicaments et des produits en interaction. Les médecins ont parfois une méconnaissance notoire des effets secondaires produits par les médicaments qu'ils prescrivent, et se soucient peu des conséquences. Je citerais en exemple les tranquillisants et somnifères qui peuvent conduire à des attitudes suicidaires ou encore l'Agréal, un médicament dont les effets secondaires étaient redoutables, dyskinésie faciale, maladie de Parkinson, dépression, et dont la limitation de durée de prescription n'a longtemps pas été notifiée dans le RPC (l'Agréal est aujourd'hui retiré du marché). Nous défendons actuellement 1000 dossiers de victimes de l'Agréal et avons 300 assignations en réparation. En conclusion je dirais qu'il est urgent que les pharmaciens travaillant dans les hôpitaux publics et privés soient davantage consultés et entendus par les médecins. D'autre part, nous nous battons au quotidien pour que les entreprises pharmaceutiques, peu inquiétées par les autorités sanitaires, reconnaissent et assument leurs responsabilités.

3 QUESTIONS



**Marie-Odile
DESANA**
présidente de
l'Union nationale
des associations
France Alzheimer
et maladies
apparentées

JEUDI 22 JUILLET 2010

Quelle est votre perception de notre système de santé actuel et de l'hospitalisation privée ?

Ma réponse sera forcément limitée, puisque je préside une association qui s'occupe surtout de questions relevant du secteur médico-social et non du secteur sanitaire. Je pense que globalement, l'hôpital, privé ou public, est un lieu de soin technique qui n'a pas encore développé suffisamment la culture d'accompagnement des patients, qui est une des missions de France Alzheimer.

Pensez-vous que les dépassements d'honoraires constituent un frein dans le développement de l'hospitalisation privée ? Pourquoi ?

Sur le volet financier, je peux parler des difficultés rencontrées par les familles qui ont un malade Alzheimer à charge. Dans les faits, nos adhérents souffrent surtout des très fortes dépenses liées aux soins dispensés à domicile, mais aussi à l'augmentation du ticket modérateur, notamment pour ceux qui sont victimes de polyopathologies. Sujet qui nous renvoie au projet controversé de réforme du financement de la dépendance qui devrait s'engager avant la fin de l'année. Le rapport parlementaire Rosso-Debord, sorti récemment et qui doit inspirer le projet de loi, contient des propositions que nous jugeons inacceptables. Notamment la suppression de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes en GIR4, un comble quand on sait que le montant actuel de l'APA est déjà trop faible. Quant à l'instauration d'une assurance dépendance obligatoire à partir de 50 ans, proposée également par le rapport, elle nous éloigne du principe d'allocation basée sur la solidarité universelle que nous défendons ardemment. Une prise en charge financière encore plus inégalitaire qu'aujourd'hui semble se dessiner. Seuls les plus nantis auront accès à des établissements de qualité quand le maintien à domicile ne sera plus possible.

En perspective du Congrès avec les représentants des usagers de la FHP-MCO le 14 septembre 2010, quels messages aimeriez-vous faire passer ?

Précisons d'abord que, dans l'idéal, nous souhaiterions que les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée soient accueillies dans des établissements spécifiquement conçus pour eux. Dans les faits, on sait que beaucoup de personnes souffrant de troubles cognitifs transitent par l'hôpital. Il nous semble donc très important que les personnels soignants hospitaliers - comme les équipes travaillant en EHPAD - reçoivent une formation adéquate. La formation des infirmières et aides-soignants devrait par exemple contenir un module consacré à la maladie d'Alzheimer. Car les malades Alzheimer ont besoin d'une attention toute particulière, qu'englobe la notion de « soin relationnel ». Le manque de connaissances place les personnels soignants et les malades dans des situations de stress. Désamorcer l'anxiété chez une personne malade est une chose qui s'apprend. C'est d'ailleurs pourquoi France Alzheimer propose des formations pour les personnels soignants et les psychologues. Toujours à propos de l'amélioration des conditions de vie à l'hôpital, je trouve que la représentation des usagers est importante. Toutefois, étant moi-même membre d'une CRUCO, je constate qu'il est pour beaucoup très difficile de remplir cette mission correctement. Notamment parce que les frais de déplacements ne sont pas remboursés. Ce dernier point ne peut qu'être dissuasif pour un certain nombre de personnes volontaires mais qui n'ont pas les moyens.

3 QUESTIONS



M'Hammed SAJIDI
président de
l'association
Vaincre l'autisme-
Mouvement Léa
pour Samy

- JEUDI 29 JUILLET 2010

Quelle est votre perception de notre système de santé actuel et de l'hospitalisation privée ?

Le constat que je fais est que le système de santé n'est absolument pas adapté aux besoins des autistes et de leurs familles. D'une part, l'autisme a longtemps été considéré comme une affection psychologique alors que les experts sont unanimes sur le fait que c'est une pathologie neuro-développementale liée à des anomalies du développement du système nerveux central. De nombreux autistes sont automatiquement psychiatriés alors que cette prise en charge est totalement inadaptée. D'autre part, la méconnaissance du corps médical pour ce qui est de l'approche et de la prise en charge d'enfants autistes, fait que les troubles somatiques, comme le mal de dent par exemple, ne sont tout simplement pas diagnostiqués et restent non traités. Les autistes sont donc souvent privés de soins.

L'autisme est-il pris en compte de façon satisfaisante aujourd'hui dans nos structures ?

En termes de développement de l'hospitalisation privée, nous sommes persuadés que la création de services innovants spécialisés dans la prise en charge sanitaire des autistes serait un créneau de développement très porteur pour les cliniques. On estime le ratio d'enfants qui naissent avec des Troubles du Spectre Autistique (TSA) à environ 1 sur 150*, donc l'autisme est réellement un problème de santé publique. Sur le plan de l'accompagnement psycho-éducatif, notre association, qui a mis en place des petites unités de prise en charge, est obligée de faire appel à des experts étrangers pour former ses intervenants, ce qui prouve bien le retard que nous avons en la matière en France. C'est donc un appel tout à fait officiel

que nous souhaitons lancer, d'autant plus que des avancées concrètes ont été faites aussi bien en matière de reconnaissance de cette pathologie avec le plan national autisme 2008-2010, qu'en matière de prise en charge.

En perspective du Congrès avec les représentants des usagers de la FHP-MCO le 14 septembre 2010, quels messages aimeriez-vous faire passer ?

Les associations d'aide aux autistes œuvrent pour obtenir des avancées dans les trois domaines suivants : le dépistage, la prise en charge et la recherche, mais nous plaçons aussi pour que les personnels soignants et des médecins s'intéressent davantage aux spécificités de l'autisme et soient mieux formés. Il est important de rappeler que certaines universités continuent malheureusement de proposer des formations sur l'autisme basées sur des théories psychanalytiques dépassées et participent ainsi à la désinformation des professionnels.

* Études épidémiologiques communautaires, informations provenant des États-Unis, informations statistiques et sanitaires communautaires et avis d'expert.

3 QUESTIONS

JEUDI 2 SEPTEMBRE 2010



Claude RAMBAUD
présidente de
l'association Le
Lien, association
d'aide aux
victimes
d'infections
contractées dans
une clinique ou
un hôpital

Quels sont les enjeux de la gestion des risques dans le secteur hospitalier privé ?

Parler de gestion des risques médicaux, c'est toucher à toute une culture où le silence prévaut au détriment de l'intérêt du patient. En France, sur 30 000 décès par an (selon les évaluations de l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient – OMS) liés à cette contradiction inhérente à l'hôpital que sont les infections nosocomiales et les accidents médicaux, 1/3 seraient évitables. La gestion des risques est essentiellement une question de management et parfois aussi de bon sens : penser à se laver les mains par exemple. Mais si la gestion des risques est évidemment au cœur des préoccupations aussi bien des tutelles que des professionnels de santé, je suis d'avis qu'il faut aller encore bien plus loin et promouvoir la « maîtrise » des risques. En effet, « gérer » les risques ne veut pas dire les « maîtriser ». Pour y parvenir, il est impératif d'avoir un engagement fort de la part des directions d'établissements. Le gestionnaire des risques devrait pouvoir travailler en plus étroite collaboration avec le directeur, de manière à ce que les engagements se traduisent dans les faits. De nombreux présidents de CLIN se plaignent aussi du manque d'autorité mis à leur disposition et de l'étroitesse de leur marge de manœuvre. Je pense donc que notre système de santé actuel, malgré les avancées faites ces dernières années, a encore de gros progrès à faire dans les domaines suivants : engagement des directions d'établissements dans la gestion des risques, transparence envers l'administration et les patients, notamment en ce qui concerne la déclaration des accidents médicaux, la prévention des infections nosocomiales et l'éducation à la santé.

Quelles peuvent être les contributions des cliniques et hôpitaux privés dans ce combat ?

Elles peuvent être multiples, mais toute autorisation d'exercer une activité MCO devrait à mon avis être assortie d'une obligation de consultation en matière d'éducation à la santé, afin que le patient ressorte enrichi de son séjour à l'hôpital. On est en pleine évolution : de plus en plus d'établissements mènent de multiples actions, mais il faut aller encore plus loin et introduire réellement une culture de santé publique en établissement de santé. Par ailleurs, une meilleure maîtrise des risques liés aux soins ne peut être que bénéfique pour les patients, les personnels et les établissements.

En perspective du Congrès avec les représentants des usagers de la FHP-MCO le 14 septembre 2010, quels messages aimeriez-vous faire passer ?

Les professionnels de santé doivent veiller à la garantie de l'accès aux soins pour tous. Avec les dépassements d'honoraires, secteurs privé et public confondus, nous sommes en rupture d'égalité d'accès aux soins et c'est inacceptable. D'autre part, les patients et associations de patients sont confrontés au quotidien à des dossiers patients très mal tenus alors que c'est un élément primordial de la qualité de la prise en charge. Enfin, il est impératif de donner plus de moyens aux gestionnaires des risques, qui doivent travailler en collaboration plus étroite avec les directeurs.

3 QUESTIONS

JEUDI 9 SEPTEMBRE 2010



Christian SAOUT
président du CISS,
Collectif inter
associatif pour la
santé

Quelles sont à votre avis les « grosses » inégalités de santé ? Comment devrait évoluer notre système ?

Il faut distinguer les causes sociales et les facteurs organisationnels générateurs d'inégalités de santé, autant les uns que les autres. Ainsi, de nombreux travaux de recherche démontrent que les différences de mortalité et de morbidité tiennent incontestablement aux situations socio-économiques des personnes. L'existence de ces disparités est notamment liée au fait qu'on cherche souvent à agir sur leurs effets au lieu de prévenir l'exposition aux facteurs de risques. Plus grave, ces inégalités persistent et s'aggravent en l'absence d'action transversale pour un meilleur accompagnement des populations isolées, vulnérables et mal informées. Ainsi, selon l'Observatoire des inégalités, les inégalités d'espérance de vie augmentent : « l'espérance de vie à 35 ans des cadres sans problèmes sensoriels et physiques est de 34 ans, contre 24 chez les ouvriers, soit un écart de 10 ans. [...] » Au-delà de la « course à la doyenneté », nous devons donc nous pencher en France sur la résolution des inégalités sociales de santé. Les moyens existent, ils sont multiples et reposent sur des acteurs dont le travail mérite d'être mieux coordonné, piloté de manière unifiée et plus démocratique. En ce sens, la lutte contre les inégalités sociales de santé doit maintenant reposer sur les repérages que feront les Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie et recevoir les moyens adaptés, qu'il s'agisse de promouvoir les actions en direction des populations fragilisées ou de développer des programmes au cœur des cadres de vie comme le travail, l'école, les lieux de vie. Par ailleurs, s'agissant cette fois-ci de l'organisation, notre système de santé fabrique, de manière endogène, des inégalités ; notamment parce que l'accès aux soins se complique gravement tant en raison d'obstacles financiers que de la mauvaise répartition géographique des offreurs de soins. Le réseau des 26 ARS a précisément pour mission d'orchestrer

l'offre de soins en régulant, en orientant et en organisant les services de santé afin de répondre aux besoins en soins. Le CISS veillera à ce que cette nouvelle organisation se penche en priorité sur les inégalités de santé, en particulier celles dues aux difficultés d'accès aux soins du fait de la pratique des dépassements d'honoraires et de l'absence d'offre de soins dans certains territoires.

En perspective du Congrès avec les représentants des usagers de la FHP-MCO le 14 septembre 2010, quels messages aimeriez-vous faire passer ?

La loi HPST prévoit plusieurs évolutions importantes au niveau de l'offre de soins des établissements de santé. Tout d'abord, elle fait évoluer leurs missions. Aujourd'hui, les hôpitaux publics assument l'intégralité des missions de service public (prise en charge des patients en situation précaire, permanence des soins, formation des professionnels de santé). Cette exclusivité ne permettant pas de couvrir les besoins sur tout le territoire, les ARS auront à identifier les besoins en missions de service public, ainsi que les établissements attributaires publics au premier chef mais également privés, dès lors qu'ils s'engagent à apporter les garanties nécessaires. Dans cette optique, la loi prévoit d'améliorer les coopérations territoriales entre établissements et professionnels de santé selon deux modalités : la communauté hospitalière de territoire afin de développer les stratégies de groupe entre établissements publics de santé, et le groupement de coopération sanitaire dédié au partenariat public/privé. Ces outils de coopération doivent permettre aux établissements d'améliorer leur efficacité et la qualité de leurs pratiques, en mutualisant leurs moyens, comme par exemple les plateaux techniques. Nous y serons attentifs.

AUTOUR
DU 1^{ER} CONGRÈS
DES REPRÉSENTANTS
DES USAGERS

3 QUESTIONS

JEUDI 16 SEPTEMBRE 2010



Vincent VALLET
directeur de la
polyclinique des
Alpes du sud à
Gap (05)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Je suis très heureux de diriger l'unique clinique privée du département des Hautes-Alpes, ce qui lui confère de fait un statut particulier. Je suis à ce poste depuis 6 ans et le travail accompli lui a évité d'une part de disparaître et d'autre part a permis de devenir un établissement moderne et attractif pour les jeunes médecins – dont la plupart exercent en secteur I. Nous avons reconstruit la clinique sur un nouveau site tout en gardant notre indépendance, ce qui a représenté un énorme défi financier et humain. L'entreprise était à la base peu préparée à ce changement mais, finalement, le succès de cette restructuration a eu pour conséquence de souder durablement l'ensemble des collaborateurs y compris les praticiens, qui sont par ailleurs tous actionnaires de la clinique. Nous essayons également d'être très proches des médecins libéraux de la région en mettant l'accent sur la communication et la formation médicale continue avec comme objectif de devenir le centre de référence de notre territoire dans ce domaine.

Quels sont vos plus gros échecs ?

Le paradoxe aujourd'hui est que pour nous les principales difficultés proviennent de notre environnement réglementaire. Comme beaucoup d'autres établissements nous avons vécu des expériences négatives lors de contrôles T2A en 2007 où nous avons été soumis à des pénalités, selon nous, injustifiées. D'autre part, nous sommes en passe de perdre une autorisation de chirurgie en cancérologie digestive alors que nous relançons actuellement cette activité et que nous étions bien au dessus des seuils au moment de l'interdiction. Cette décision va selon nous appauvrir la qualité de l'offre de soins dans la région car les patients n'auront pas d'autre choix que

l'hôpital public dans cette spécialité. Notre dossier est sur le bureau de Mme Bachelot et nous ne perdons pas espoir mais nous nous sentons quand même impuissants face à des textes de loi qui n'ont souvent pas beaucoup de sens sur le terrain.

Quelles réflexions vous inspire l'actualité ?

Plusieurs sujets me tiennent à cœur. Tout d'abord, j'aimerais évoquer la question sociale. À mon avis, nous ne ferons pas l'économie d'une épreuve de force avec l'État sur le sujet de la rémunération des salariés du secteur privé et je ne suis pas sûr que la FHP ait été suffisamment vindicative sur le sujet. Il y a un vrai combat à mener car il faut absolument que les écarts se resserrent. Cela devient de plus en plus difficile sur le terrain d'embaucher de nouveaux collaborateurs et de motiver le personnel en place, même si nous essayons de développer dans notre clinique une politique RH dynamique (intérêt, parcours professionnel). D'autre part, nous sommes convaincus que le modèle de clinique indépendante, fortement implantée dans sa région et dont les actionnaires sont les médecins, a encore de l'avenir dans des régions comme la nôtre. Nous aimerions que cette réalité de terrain soit mieux représentée au niveau de la FHP. Enfin, concernant la stratégie syndicale, je pense qu'il faudrait se rapprocher davantage des syndicats médicaux et définir des axes et des objectifs communs. On ne parviendra pas à préserver le secteur privé si nous sommes en opposition. Je suis d'ailleurs assez sceptique sur les répercussions qu'a eues la campagne sur le tarif unique car, avec une grande partie des médecins libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires, il est à mon avis très difficile pour le néophyte de décrypter le message de cette campagne.

3 QUESTIONS

JEUDI 23 SEPTEMBRE 2010



Pierre de VILLETTE
directeur de
la clinique
Guillaume
de Varve à Saint-
Doulchard (18),
Groupe Vitalia

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Après avoir occupé des fonctions transverses au sein d'une direction régionale d'un groupe de santé, assurant successivement des missions juridiques puis de contrôle de gestion, j'ai décidé il y a 6 ans de réorienter mon parcours sur un poste opérationnel de directeur de clinique. Depuis 18 mois, j'ai repris la direction de la Clinique Guillaume de Varve. Suite à son regroupement avec un autre établissement, il était nécessaire d'impulser une dynamique de changement, de réorganiser le management et les processus. C'est une riche aventure qui n'est pas encore complètement aboutie. Être directeur d'établissement de santé est un métier d'une complexité redoutable notamment par sa spécificité technique, mais ô combien passionnant !

Quels sont vos plus gros échecs ?

À mon grand regret, j'ai dû fermer, il y a quelques années, une clinique de province, car celle-ci n'était pas soutenue par les tutelles. Ce fut un moment particulièrement pénible, notamment vis-à-vis des personnels qui, pour certains d'entre eux, y avaient réalisé toute leur carrière professionnelle. Heureusement, la quasi-totalité des salariés ont pu être reclassés, ce qui fut une vraie satisfaction.

Quelles réflexions vous inspirent l'actualité ?

L'actualité de notre secteur est particulièrement riche avec la mise en place des ARS cette année. Depuis les ordonnances de 1996 qui avait permis la création des ARH et des SROS, cette réforme de nos instances tutélaires est majeure mais les médias en parlent peu – en tout cas beaucoup moins que les contre-performances de l'équipe de France de football. Aujourd'hui, la

véritable question à se poser consiste à savoir si cette nouvelle réforme va permettre de sauver notre système de santé en France qui va au plus mal :

- la quasi-totalité des hôpitaux publics sont dans des situations financières catastrophiques et plus de la moitié des cliniques privées sont également en difficulté ;
- la démographie médicale est particulièrement défavorable, avec des spécialités où on ne forme plus de praticiens ; il faudra attendre au minimum une dizaine d'années avant de sortir de cette impasse ;
- et une pénurie incontestable de personnels soignants dans certaines régions.

Nous allons ainsi probablement nous orienter vers une nouvelle vague de concentration des plateaux techniques, qu'ils soient publics et/ou privés.

L'offre de soins de proximité en pâtira certainement, mais ces regroupements ne sont pas complètement absurdes si on se réfère à toutes les exigences qualitatives et réglementaires, nécessaires mais aussi parfois démesurées, auxquelles nous sommes soumis aujourd'hui.

C'est vraisemblablement l'une des raisons pour lesquelles l'État souhaite supprimer plusieurs blocs opératoires, en plus de l'hyperspécialisation demandée aujourd'hui aux praticiens.

3 QUESTIONS

JEUDI 29 SEPTEMBRE 2010



François GOUFFRANT
directeur de la clinique Delay à Bayonne (64)

Quelles sont vos plus belles expériences ?

Je parlerais plutôt de moments forts comme l'ouverture de notre extension en 2008, une certification qui s'est bien passée, le centenaire de la clinique l'an prochain, ou encore l'obtention de notre certification ISO 14001 il y a 4 ans et qui vient d'ailleurs d'être renouvelée sans réserves. C'est une démarche qui implique un peu de moyens mais surtout beaucoup de bonne volonté car elle n'est pas obligatoire. Je ne suis, à la base, pas du tout « école », ce qui prouve que cette démarche environnementale n'est rien d'autre qu'une démarche de bon sens, somme toute assez naturelle. Un exemple, en triant mieux nos DASRI, nous avons pu financer nos 16 autres filières de tri sélectif, ce qui représente donc une action à coût zéro. Nous sommes passés au bio-nettoyage avec des vaporettes géants et avons ainsi réduit notre consommation de produits chimiques de 80 %. Cette démarche nous a permis de mobiliser nos personnels sur un projet d'avenir mais aussi de repenser la place du patient, en termes de confort et de sécurité, dans un milieu de soins plus sain. Le groupe de travail DD de la clinique est le seul non obligatoire pour lequel nous refusons des candidats !

Quels sont vos plus gros échecs ?

J'ai surtout des déceptions vis-à-vis de décisions administratives régionales ou nationales et des décisions arbitraires qui sont prises, parfois sans bien appréhender les répercussions pour les patients et les établissements. Notre clinique fait majoritairement de la dialyse

et le débat sur l'EPO en début d'année nous a bien entendu mobilisés. C'est avec un certain soulagement que j'ai pris connaissance d'un des derniers rapports de l'IGAS qui déconseille l'intégration de l'EPO dans les tarifs et forfaits de dialyse dès 2011. Les décisions prises doivent s'appuyer sur des fondements scientifiques et doivent prendre en compte l'avis des médecins.

Quelles réflexions vous inspirent l'actualité ?

Étant également adjoint au maire de Bayonne, je serai tenté de faire une réflexion politique. Ce n'est pas un scoop mais ce sont bien les hommes qui font la qualité de notre système de santé et il faut absolument que les dirigeants sortent du dogme et de l'idéologie. Étant assez proche du directeur de l'hôpital de notre ville, nous échangeons régulièrement sur différents sujets et je peux vous dire que je ne l'envie pas ! Sa tâche est très complexe et le mode de gouvernance très différent, beaucoup plus limité en termes de possibilités d'optimisation et cela du fait du statut mais surtout de la taille de l'établissement. Les deux fédérations doivent sortir du dogme afin de ne pas être en opposition systématique. Seuls le temps et le changement de génération permettront d'y parvenir !

3 QUESTIONS



Olivier TOMA
président du
c2ds, Comité pour
le développement
durable en santé

JEUDI 7 OCTOBRE 2010

Retour sur la dernière JT c2ds/
FHP-MCO du 7 octobre 2010 : Quelles
nouvelles réglementations relatives au
développement durable entreront demain
en vigueur dans vos établissements de
santé ?

Quels sont les principaux enjeux des 4 grands plans présentés le 7 octobre ?

Les nouvelles réglementations sont
définies par le Grenelle 2, le PNSE 2
(Plan national santé environnement),
le PST 2 (Plan santé au travail), la SNDD
(Stratégie nationale de développement
durable). La SNDD définit une stratégie
politique pour l'ensemble de la nation
et des indicateurs. Les autres plans
déclinent dans la pratique tous les
thèmes importants du développement
durable tels la gestion des déchets, les
politiques d'achat, l'éco-construction/
conception, le bien-être au travail, la
gouvernance et tout ce qui est relatif au
climat et au réchauffement de la planète.
Tous ces thèmes sont traités dans ces
quatre plans. Les établissements de
santé doivent s'en emparer. Ils ont le
choix de subir ces nouvelles obligations
ou bien décider d'en faire un atout, de les
anticiper et d'en tirer un réel avantage.

Pourquoi une réflexion de fond autour du bien être au travail est-elle majeure ?

Le calcul est très simple, l'hospitalisation
privée représente plus de 1 100
établissements pour 140 000 salariés.
Toute action autour du bien-être au
travail a un impact social et sociétal très
important. Le rôle premier du manager
en santé est de préserver le capital
santé de ses propres collaborateurs. Il
est surprenant de voir qu'en France, le
secteur économique le plus exposé aux

risques psycho-sociaux, aux risques
suicidaires, est le secteur de la santé !
À noter également que les troubles
musculo-squelettiques augmentent de
18 % par an et représentent environ 25 %
des arrêts de travail dans notre secteur.
La profession doit définir des plans et
des accords de branche notamment
au niveau de la prévention des risques
psycho-sociaux et ceux liés à l'exposition
(environ 13 % des salariés) à des
substances cancérigènes, mutagènes,
reprotoxiques (CMR). Le PST2 est un
cadre facilitateur pour cela. Une réflexion
de fond est primordiale.

Comment développer une démarche de DD avec des tarifs qui au mieux stagnent ?

Développer une démarche DD demande
bien évidemment des moyens et
impose une grande vigilance sur la
durabilité économique (un des 3 piliers
du DD) de nos structures. C'est un des
objectifs par exemple de l'ISH soutenue
par l'ensemble des fédérations et 56
députés à ce jour, outil qui permet de
faire évoluer les tarifs en fonction de
l'évolution des charges. Il faut également
œuvrer à la création d'accords de
branche avec l'ANACT (Agence nationale
pour l'amélioration des conditions de
travail) et ses antennes régionales afin
d'obtenir des financements de formation,
avec l'Ademe, etc. Au-delà des aspects
financiers, c'est l'ensemble du secteur
qui a intérêt à s'engager dans une telle
démarche, qui améliore l'image et la
notoriété des acteurs. Le développement
durable est avant tout un levier social. Il
permet aux salariés d'appliquer sur leur
lieu de travail ce que beaucoup font déjà
chez eux, du bon sens donc.

3 QUESTIONS

JEUDI 14 OCTOBRE 2010



José LALANNE
directeur du
Centre de dialyse
du Béarn à
Adressy (64)

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

J'ai eu la chance ces 7 dernières années d'avoir pu mener à bien un projet d'établissement de dialyse, éco-pensé, éco-construit, éco-vécu, qui me tenait particulièrement à cœur et qui est né d'une vision il y a 10 ans, mettant au centre de la conception le bien-être des patients et du personnel. Une belle réussite à été pour moi cette année l'obtention du prix Green Light décerné par la Commission Européenne pour notre travail sur la lumière et les éclairages, ainsi que la maîtrise énergétique mise en oeuvre. En effet, l'édifice se caractérise par l'omniprésence de la lumière naturelle via des patios, baies vitrées, puits de jours et tubes de lumière en tout lieu, créant ainsi une impression d'ouverture. Nous avons réduit de 53 % notre consommation d'électricité avec pourtant une multiplication par 2 des surfaces (4400m²). Au final et au quotidien nous bénéficions des bienfaits de la lumière naturelle sur les ressentis et comportements des patients comme des professionnels : baisse de la charge mentale, sérénité des lieux...

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Je parlerais de déplaisir, dans le sens où nous avons eu des problèmes à lancer notre projet car les esprits n'étaient pas encore prêts ou sensibilisés et les instances dirigeantes de la clinique avaient préféré repousser le projet de reconstruction, alors qu'il était décisif à la pérennité de l'établissement. Nous n'avions plus la capacité d'accueillir (faute de place) de nouveaux patients dans le respect des règles et des

principes de sécurité. Une année plus tard, le projet a été voté à une voix près seulement. Aujourd'hui je pense que nous aurions eu un vote à l'unanimité.

Vous venez d'obtenir la certification ISO 14001, quel est votre sentiment ?

Nous sommes le 6^e établissement en France à être certifié et cela valide nos efforts de « bon sens » et récompense l'intention environnementale, qui nous a apporté des avantages palpables et des économies de fonctionnement substantielles : économies d'eau, d'énergie, de consommables, etc. mais aussi une réduction de la pénibilité des tâches pour le personnel. Par incidence nous n'avons plus de turn over de nos personnels, ce qui facilite la gestion des ressources humaines et le maintien des compétences et expériences... Elle nous a également permis d'évaluer nos consommations et de chiffrer nos retours sur investissements qui sont très intéressants. Je ne peux que motiver les confrères à se lancer dans « l'aventure » ISO 14001 d'autant plus que les exigences de la HAS en termes de qualité et de normes et celles de ISO se rejoignent en de nombreux points. Au final, faire bien et beau du premier coup ne coûte pas plus cher que mal et laid.



**Olivier
RENAUDEAU**
directeur de la
clinique de la
Reine Blanche à
Orléans et de la
polyclinique des
Longues Allées
à Saint-Jean-de-
Braye (45)

JEUDI 21 OCTOBRE 2010

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

Dans les épisodes importants de ma carrière, la concrétisation de la création d'un pôle hospitalier au nord d'Orléans restera sans doute l'expérience la plus marquante pour moi. Le dossier de regroupement a été accepté en mars 2008 et nous allons enfin mettre, après plusieurs années de préparation et quelque 200 réunions avec les architectes, la première pierre cet automne à un pôle hospitalier de 45 000 m², 500 lits et places, 24 salles d'opérations, 2 IRM, 2 scanners, 2 accélérateurs de particules et qui proposera, à l'exception de la neurologie et de la chirurgie infantile, un panel de disciplines majeures avec notamment un service d'urgences cardiologiques, un SOS mains et un service d'urgences générales. Nous avons pour mission de proposer un projet ambitieux pouvant faire le contrepois avec le nouveau centre hospitalier du sud de la ville et sa concrétisation en 2013 marquera également la fin de ma carrière. C'est mon 3^{ème} métier et il me passionne.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Maintenir un service d'urgences dans nos établissements n'a pas été chose facile et la question n'est qu'en partie réglée à l'heure actuelle puisqu'officiellement nous avons l'autorisation d'un SMU à compter de l'installation sur le nouveau site en 2013. En effet, nos autorisations d'exercer nos missions de POSU ont été supprimées avec la réforme des urgences en 2006 et nous nous sommes retrouvés dans une situation

de devoir accueillir des urgences sans autorisation. Une telle expérience est assez révélatrice des comportements des dirigeants de notre système de santé, qui font parfois peu de cas des efforts et investissements accomplis sur le terrain pour maintenir une activité et répondre aux besoins de la population.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

J'évoquerais le problème de recrutement du personnel paramédical. Alors qu'en 2001 nous avions affaire à un problème purement mathématique, puisque les quotas d'élèves dans les IFSI avaient été réduits, je pense qu'aujourd'hui le désengouement des jeunes pour les professions liées aux soins est au cœur de nos problèmes. C'est une évolution sociétale qui fait que la nouvelle génération est plus consommatrice d'emplois que ses aînées, d'où son attirance pour le travail en intérim par exemple. D'autre part, les réformes des cursus (LMD) modifient les profils des personnels sortants qui ont la tête bien pleine mais pas forcément l'expérience de terrain souhaitée ni l'envie de faire des soins. Je le répète sans cesse à mes cadres, il faut être inventifs et imaginatifs et repenser les organisations car les problèmes de recrutement vont malheureusement durer.

