



FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

20
11

**AGIR
POUR
LA SANTÉ
DE TOUS**

FHP-MCO LA VIE DU SYNDICAT

LES DÉPÊCHES L'ACTUALITÉ DU MCO

ÉDITOS RÉTROSPECTIVE POLITIQUE DU PRÉSIDENT

3 QUESTIONS À PORTRAITS DE LA PROFESSION

20

11

AGIR POUR LA SANTÉ
DE TOUS

FHP.

FHP-MCO

LA VIE DU SYNDICAT

PAGES 5-59

LES DÉPÊCHES

L'ACTUALITÉ DU MCO

PAGES 61-153

ÉDITOS

RÉTROSPECTIVE POLITIQUE DU PRÉSIDENT

PAGES 155-197

3 QUESTIONS À

PORTRAITS DE LA PROFESSION

PAGES 199-242

MCO



S'ENGAGER SUR UNE POLITIQUE DE TRANSPARENCE ET D'ÉQUITÉ

La transparence de notre activité passe par la pertinence de nos actes et de nos séjours. La transparence, c'est aussi celle financière concernant l'allocation de ressources des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) qui représentent en montant autant que les dépenses de l'hospitalisation privée MCO, soit : 8,3 milliards d'euros.

Nous voulons militer pour un financement juste. Notre combat prioritaire est celui de la convergence intersectorielle. Avec 26 % d'écarts tarifaires, les études d'identification des coûts spécifiques des différents secteurs étant quasi finalisées, rien ne semble justifier le maintien d'un tel différentiel. Quelle sera la part entre la rémunération « activité » et « dotation » ? Comment pouvons-nous bénéficier d'une visibilité tarifaire à moyen terme de trois à cinq ans ? La convergence est en route. Rappelons que la généralisation du tarif unique permettrait à la sécurité sociale d'économiser de 10 à 12 milliards d'euros par an. La Cour des comptes avance le chiffre de 7 à 8 milliards.

Nous souhaitons enfin, assurer une mutation responsable de notre secteur. Depuis plus de dix ans, le secteur privé MCO se restructure et évolue de façon accélérée. La taille moyenne des établissements est passée de 70 à 120 lits. Fusions, disparitions, le nombre de structures a sensiblement diminué d'environ 30 %. Avec 29 départements sans maternité, il convient de préparer l'établissement de demain. Celui-ci sera très probablement de deux natures : les activités à temps partiel et les activités nécessitant des plateaux techniques lourds. La FHP-MCO participe activement à l'évolution de la chirurgie ambulatoire dans les établissements privés. Quels seront les métiers du soin de demain ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL 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
REYSSEQUIER



Dr. Gilles
SCHUTZ

MEMBRES INVITÉS



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
Pascal ARNAULT
Véronique BESSE
Sophie BORDIER
Philippe CARBONEL
Maxime CARLIER
Patrice COHADE
Stéphane de BUTLER
Aimery DELEFLIE
Christine DERMER
Sophie DOSTERT-
BEAURAIN
Jean-Luc DUBOIS
Isabelle DUMONT
Alain-Alexandre
DUPONT
Jean-Loup DUROUSSET
Pierre-Yves
EMMANUELLI

Dr. Denis FRANCK
Marie-Paule GAILLARD
Frédérique GAMA
Christian GUICHARD
Martine HADDAD
Dr. Claude-Alain KADJI
Thierry KOCH
Dr. Georges KORSEC
Yvon LE COCQ
Gaétan LE CORRE
Philippe LEVACHER
Dr. François LIBER
Daniel MAZEROLLE
Dr. Jean-Luc MEYER
Philippe PLAGES
Dr. Max PONSEILLE
Philippe POUGET
Jean RIGONDET
Olivier RIT

Denis ROUDIL
Yvan SAUMET
Paolo SILVANO
Dr. Philippe TOURRAND
Xavier VAILLANT
Stéphane VALAT
Patrice VIEUX

Membres invités du CA

Christophe ALFANDARI
Dr. Richard BATAILLE
Philippe CHOUPIN
André DESLYPPER
Michel GRASS
Dr. Christian LE DORZE
Jérôme NOUZAREDE
Vincent VESSELLE

En 2011, les membres du bureau se sont réunis à 10 reprises et les membres du conseil d'administration, 5 fois. Le séminaire stratégique annuel de la FHP-MCO qui réunit l'ensemble des administrateurs s'est tenu à Montpellier les 27 et 28 janvier 2011.

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 13h ».



CA EN
IMAGES

Retour en images des conseils d'administration : un court clip de synthèse vient compléter le procès verbal. Un lien de téléchargement est inséré dans « Le 13h » suivant la mise en ligne. Ils restent disponibles à tout moment sur la page « en images » du site fhpmco.fr et sur youtube.com/fhpmco.

FHP MCO

UNE ÉQUIPE PERMANENTE



Lamine GHARBI
Président
direction@
polyclinique-pasteur.fr



Thierry BÉCHU
Délégué Général
thierry.bechu.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



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



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



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



Laure DUBOIS
laure.dubois.mco
@fhp.fr



Daisy ROULIN
daisy.roulin.mco
@fhp.fr

PARTENAIRES DE COMMUNICATION



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



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



Francis TEMMAN
Relations presse
francis.temman
@bridge-
communication.com



Myriam CARVILLE
Internet
myriam.carville
@blogangels.net

FHP MCO

900 QUESTIONS

PDES

Permanence des soins en établissement de santé

PMSI

Programme de médicalisation des systèmes d'information

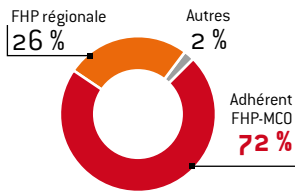
CCAM

Classification commune des actes médicaux

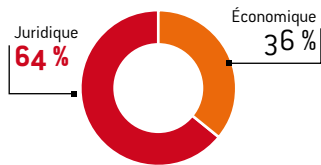
AU SERVICE DES ADHÉRENTS

En une année (du 1er août 2010 au 31 août 2011), l'équipe d'experts du syndicat a répondu à 900 questions. Les questions posées relèvent majoritairement de la sphère économique et juridique.

Qui pose les questions ?

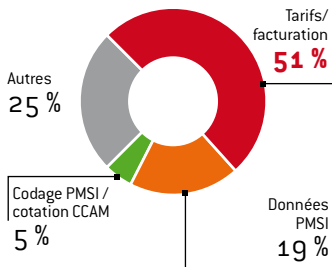


Quel domaine d'expertise est sollicité ?

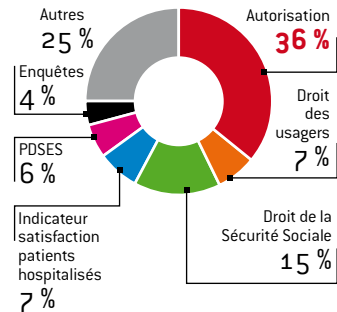


QUELLES SONT LES QUESTIONS POSÉES ?

Pôle économique



Pôle juridique



QUELLES SONT LES DÉLAIS DE RÉPONSE ?

Le délai moyen de réponse du pôle économique est de **2,23 jours**

Le délai moyen de réponse du pôle juridique est de **1,55 jour**

AGIR POUR
LA SANTÉ DE TOUS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP MCO

DES COMMISSIONS DE TRAVAIL

Commission naissance

Pilote : Gérard REYSSEGUIER
Référentes FHP-MCO : Chloé
TEILLARD, Daisy ROULIN

Forum de la naissance

Pilote : Dr. Olivier JOURDAIN
Référentes FHP-MCO : Chloé
TEILLARD, Daisy ROULIN

Commission urgences, permanence des soins

Pilotes : Christian GUICHARD
et Sylvie PEQUIGNOT
Référentes FHP-MCO : Chloé
TEILLARD, Daisy ROULIN

Commission contrôles T2A et sanctions financières

Pilote : Pascal DELUBAC
Référentes FHP-MCO : Chloé
TEILLARD, Daisy ROULIN

Commission financement des établissements

Pilotes : Gérard REYSSEGUIER
et Sami-Frank RIFAÏ
Référentes FHP-MCO : Virginie
DUBOS, Laure DUBOIS

Sous-groupe évolution

de la classification des GHM
Pilote : Dr. Marie-Paule CHARLOT
Référentes FHP-MCO : Virginie
DUBOS, Laure DUBOIS

Commission réanimation, surveillance continue, unité de soins intensifs

Pilote : Dr. Gilbert LEBLANC
Référentes FHP-MCO : Virginie
DUBOS, Laure DUBOIS
Sous-groupe surveillance continue :
Pilote : Dr. Philippe TOURRAND
Référentes FHP-MCO : Virginie
DUBOS, Laure DUBOIS

Commission télémedecine

Pilote : Dr. Dominique POELS
Référente FHP-MCO : Fatiha ATOUF

Groupe de travail

**« Avenir du financement
des établissements de santé »**
Pilote : Alain COULOMB
Référentes FHP-MCO : Virginie
DUBOS, Laure DUBOIS

FHP MCO

T2A
Tarification
à l'activité

CLASSEUR « CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES »

Le groupe de travail de la FHP-MCO consacré aux contrôles T2A et sanctions financières, piloté par Pascal DELUBAC, a élaboré un « Guide Contrôles T2A et sanctions financières » qui a pour objectif de vous accompagner sur les plans juridique et organisationnel, dans le cadre des contrôles externes dont vous pouvez être l'objet. Vous disposez depuis cet été de ce guide conçu sous la forme d'un classeur qui fera l'objet de mises à jour régulières.



AGIR POUR
LA SANTÉ DE TOUS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE



UN SÉMINAIRE STRATÉGIQUE ANNUEL

CME
Commission
médicale
d'établissement

À l'initiative de son président, la FHP-MCO a réuni durant 2 jours en janvier dernier à Montpellier l'ensemble des administrateurs pour un séminaire stratégique. Secteur optionnel ou la fin du secteur 2, relations avec les médecins et nouveaux rôles de la CME, politique de communication, financement et tarification des établissements de santé, gestion du changement étaient au programme. Le prochain séminaire stratégique se tiendra en début d'année 2012 et définira les grands objectifs de l'année.



NOUS AGISSONS POUR LA SANTÉ DE TOUS

S'ENGAGER SUR UNE POLITIQUE DE TRANSPARENCE ET D'ÉQUITÉ

La transparence de notre activité passe par la perception de ses actes et de ses valeurs. La transparence, c'est aussi celle des flux financiers concernant l'allocation de ressources des Ressources d'Intégrité gérées et d'aide à la contractualisation (MCO) et des différents mandats en matière de santé que les dépenses de l'établissement produisent MCO, soit 8,3 milliards.

- Une allocation plus des MCO selon une méthodologie transparente.
- Une ouverture transparente et argumentée des arbitrages d'équité.

MUTER POUR UN FINANCEMENT JUSTE

Le contrat prévisionnel est celui de la transparence intercontractuelle. Avec 25 % d'actes tarifaires, les critères d'identification des coûts spécifiques des différents secteurs d'actes qui fluctuent, nous ne sommes pas les victimes d'un tel arbitrage. Quels sera le pacte entre la réévaluation « active » et « dégressive » ? Comment peser nos besoins d'une visibilité tarifaire à moyen terme de 3 à 5 ans ? La transparence est un mode. Responsés sur la généralisation du tarif unique permettrait à la Sécurité sociale d'élargir son 5 % tarifaire par an.

- Nous demandons la justice.

ASSURER UNE MUTATION RESPONSABLE

Depuis plus de dix ans, le secteur privé MCO se restructure et évolue de façon accélérée. La taille moyenne des établissements est passée de 17 à 22 lits. Les effectifs diminuent, le nombre de structures a sensiblement diminué d'environ 20 %. Avec 20 établissements sous mandat, il convient de préparer l'avenir de demain. Quel est votre rôle prévisionnel de deux années ? Les activités à long terme et les activités nécessitant des infrastructures lourdes. La FHP-MCO participe activement à l'évolution de la charge ambulatoire dans les établissements privés. Quels seront les indicateurs de son succès ?

- Une chaîne de travail spécifique pour ces propositions.

NOS PARTIES PRENANTES

LES ASSURÉS

Les assurés ont le droit de participer à la décision. Ils ont le droit de savoir ce qui se passe. Ils ont le droit de participer à la décision. Ils ont le droit de savoir ce qui se passe. Ils ont le droit de participer à la décision. Ils ont le droit de savoir ce qui se passe.

LES MÉDECINS

Les médecins ont le droit de participer à la décision. Ils ont le droit de savoir ce qui se passe. Ils ont le droit de participer à la décision. Ils ont le droit de savoir ce qui se passe.

LES ÉTABLISSEMENTS

Les établissements ont le droit de participer à la décision. Ils ont le droit de savoir ce qui se passe. Ils ont le droit de participer à la décision. Ils ont le droit de savoir ce qui se passe.

LES ÉTABLISSEMENTS ET CORPS MÉDICAL, UN UNIQUE CLIENT... LE PATIENT !

Nous sommes une organisation qui a pour vocation de servir le patient. Nous sommes une organisation qui a pour vocation de servir le patient. Nous sommes une organisation qui a pour vocation de servir le patient.

LES DÉCISIONS MÉDICALES ET FINANCIÈRES

Les décisions médicales et financières sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS FINANCIÈRES

Les décisions financières sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS MÉDICALES

Les décisions médicales sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS FINANCIÈRES

Les décisions financières sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS MÉDICALES

Les décisions médicales sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS FINANCIÈRES

Les décisions financières sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS MÉDICALES

Les décisions médicales sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS FINANCIÈRES

Les décisions financières sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS MÉDICALES

Les décisions médicales sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS FINANCIÈRES

Les décisions financières sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS MÉDICALES

Les décisions médicales sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS FINANCIÈRES

Les décisions financières sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS MÉDICALES

Les décisions médicales sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS FINANCIÈRES

Les décisions financières sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS MÉDICALES

Les décisions médicales sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.



LES DÉCISIONS FINANCIÈRES

Les décisions financières sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS MÉDICALES

Les décisions médicales sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS FINANCIÈRES

Les décisions financières sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

LES DÉCISIONS MÉDICALES

Les décisions médicales sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées. Elles sont liées.

FHP MCO

LA FEUILLE DE ROUTE DU SYNDICAT FHP-MCO 2012-2014

Nous n'avons cessé à la FHP-MCO de multiplier les outils et les opportunités pour faire vivre le principe démocratique de notre syndicat. Nous avons édité ce document « La feuille de route du syndicat FHP-MCO 2012-2014 », animés par ce souci de transparence et d'interactivité avec vous. Ce document répond à notre volonté de donner une meilleure visibilité à notre travail syndical pour les trois années qui viennent et le partager avec vous. Ce document synthétise en toute transparence les axes de travail de notre équipe, il indique des priorités et fixe un cadre dans lequel nous vous invitons également à œuvrer. Nous sommes une force en mouvement et ce document sera amené à évoluer en fonction de vos remarques et de l'actualité de notre secteur ou de son environnement. Le meilleur moyen d'anticiper le futur est de l'inventer !



NOS VINGT OBJECTIFS OPERATIONNELS

Ces valeurs sont nos engagements et défensions, ces valeurs que nous défendons et défendrons, ces valeurs que nous défendons et défendrons, ces valeurs que nous défendons et défendrons, ces valeurs que nous défendons et défendrons...

L'ensemble des outils de communication (bulletins, newsletters, réseaux sociaux, newsletters, etc.) sera à disposition du syndicat pour garantir une meilleure visibilité des objectifs opérationnels. Un plan de communication sera élaboré de manière plurianuelle et révisé chaque année.

Stratégie patronale	Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite
Assurer une réponse aux questions des clients	Nombre de questions. Dates de réponses.	
Mettre à disposition des outils (bulletin d'accompagnement)	Nombre d'outils. (bulletin, flyer, guide, ...)	
Informez les adhérents.	Nombre de bulletins.	
I. Assurer un suivi de tout niveau aux adhérents	Nombre de fiches réflexes à l'attention des membres ou conseil d'administration	
Assurer des communications de travail internes	Nombre de réunions. Nombre de recommandations au conseil d'administration	
Développer les ressources humaines internes	Nombre de fiches réflexes adhérents. Nombre d'articles de presse interne	
II. Conclure les guides nécessaires respectant les règles de la transparence de la loi de 2011	Nombre de guides établis et diffusés auprès des salariés	

Pour structurer sa démarche, le syndicat FHP-MCO conduit actuellement un projet de certification ISO 9001. L'objectif est une certification fin 2011.

Stratégie patronale	Objectifs opérationnels	Indicateurs de réussite
Définir une stratégie territoriale des DCE par une méthode de l'analyse MCOAC	Inscrire les adhérents à l'analyse des Espaces MCOAC. Intégrer le travail des pairs dans l'analyse MCOAC.	Taux d'adhésion des bulletins. Taux d'adhésion de l'analyse MCOAC. Part de travail du secteur privé dans les MCOAC.
III. Mettre en place un Recensement par site	Collecter et l'actualiser régulièrement de la santé	Plans forme mensuelle établis et diffusés
	Des comités de Co-Travail Interprofessionnels en 2013 sont définies	Plans forme mensuelle établis et diffusés en septembre
	Une plate-forme innovatrice de la campagne territoriale est établie annuellement	Plans forme mensuelle établis et diffusés en septembre
	Préparer les adhésifs aux emplois de terrain	Nombre d'adhésifs (DCE, Co-travail, groupe de travail, Actions territoriales, ...)
IV. Assurer une visibilité responsable	Gérer les conditions de travail et d'occupation des établissements	Plans forme mensuelle établis et diffusés en partenariat avec les syndicats médicaux (FHP)
	Gérer les conditions de développement de la chirurgie ambulatoire	Plans forme mensuelle établis et diffusés en partenariat avec les syndicats médicaux
	Organiser un congrès des usagers ambulatoire	Nombre de participants. Nombre d'articles dans la presse
	Développer les actions communes avec les usagers	Nombre d'articles. Nombre de la campagne DCE...
	Développer les actions de soutien et de coopération avec les institutions (PROCC, SOCC, Chirurgie ambulatoire, ...)	Nombre d'articles communes.
	Développer les relations interprofessionnelles avec nos partenaires (Comité d'experts, journeaux thématiques, ...)	Nombre de participations de nos bulletins à nos sites syndicaux. Nombre de relations avec des actions des réseaux de travail
V. Valoriser l'expérience des pairs professionnels	Développer les échanges d'informations entre les autres professionnels hospitaliers et médicaux	Nombre d'articles communes (sur tous les sites)
	Valoriser le message syndical	Nombre d'articles de presse (sur tous les sites). Nombre de médias sous presse (sur tous les sites). Nombre de médias sous presse (sur tous les sites).
		Nombre d'adhésifs (Quartiers Nationaux, DCE, ...). Nombre de bulletins (sur tous les sites, etc.). Nombre de campagnes de communication (bulletins, newsletters, TV, etc., ...)

FHP MCO

SROS

Schéma régional d'organisation sanitaire

PDES

Permanence des soins en établissement de santé

ENCC

Etude nationale de coûts à méthodologie commune

CNAM

Caisse nationale d'assurance maladie

HPST

Loi Hôpital patient santé territoires

FEHAP

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

IS

Impôt sur les sociétés

UN AN APRÈS

Le Conseil d'administration à l'issue du séminaire de janvier a confirmé sa politique syndicale via trois engagements :

- S'engager pour une politique de transparence et d'équité,
- Militer pour un financement juste,
- Assurer une mutation responsable.

NORMES D'IMPLANTATION ET DE FONCTIONNEMENT ET AUTORISATIONS

Le grand chantier de la PDES est ouvert. Avec nos 134 services d'urgences reconnus accueillant chaque année plus de 2,2 millions de patients, nous devons maintenir un haut niveau de qualité de prise en charge.

C'est pourquoi, les instances de la FHP-MCO ont acté qu'il est essentiel et incontournable que les trois lignes d'astreintes médicales soient actuellement maintenues au sein de ces services d'urgences reconnus. Mieux encore, il convient de pouvoir élargir le nombre de spécialités éligibles à cette rémunération. Nous rappelons que le montant consacré au secteur privé est de l'ordre de 40 millions d'euros contre 760 millions d'euros dans le secteur public.

TARIFICATION ET FINANCEMENT

La réforme de la tarification sur la base de l'ENCC s'est poursuivie.

La convergence ciblée a été renouvelée avec 150 millions d'euros... Soit 300 millions en deux ans... sur 10 milliards. Rendez-vous en 2092 !

Il est mis fin au boycott des travaux ENCC. Certains de nos amendements méthodologiques ont été repris (rémunération du capital, IS, participation,...), d'autres sont à l'étude.

La facturation des chambres particulières en chirurgie ambulatoire est possible depuis le 1er mars 2011.

Un dossier type MIGAC est adressé à l'ensemble des établissements afin d'accroître notre part.

L'accessibilité financière et des dépassements d'honoraires : d'une manière plus générale, la FHP-MCO ne cesse de rappeler la nécessaire mise en place du secteur optionnel. Ce dossier a purement et simplement été exclu des discussions, et de la convention qui a suivi, entre la CNAM et les syndicats de praticiens, dont l'examen était prévu en septembre 2011.

FHP MCO

CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

Un plan d'action a été mis en place par le syndicat : guide contrôle, journée thématique contrôles et sanctions.

Un décret modificatif a été publié. Nous attendons une circulaire d'application et un nouveau guide contrôle T2A.

LOIS ET RÉFORMES

- FOURCADE : la loi vient préciser et renforcer la loi HPST ;
 - Le délai pour l'élaboration des SROS a été rallongé ;
 - Le nouveau mode de rémunération des médecins PDES ;
 - Les coopérations destinées à lutter contre les zones déficitaires en offre de soins.
- PLFSS 2012 : dépôt d'un amendement FHP-MCO commun avec la FEHAP et la FHF portant sur les sanctions financières. Poursuite du portage des amendements sur la convergence ciblée.

OBSERVATOIRE SUR LA PROFESSION

L'observatoire CTC Conseil fait état d'une détérioration de la situation en 2010 avec **43 % des établissements en déficit.**

FHP MCO

CAMPAGNE
TARIFAIRE 2012

12
ORIENTATIONS
DE LA FHP-MCO

GHS

Groupe homogène
de séjours

CNAMTS

Caisse nationale
de l'assurance
maladie des
travailleurs
salariés

MIGAC

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

IDE

Infirmier
diplômé d'état

T2A

Tarification
à l'activité

USC

Unité de soins
continus

DGOS

Direction
générale
de l'offre de soins

SSR

Soins de suite
et de réadaptation

CONVERGENCE DES TARIFS PUBLICS / PRIVÉS

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 et 2011 (35 GHS puis 193 GHS à convergence totale ou partielle pour générer 150 millions d'euros d'économie par an) doivent être poursuivies et amplifiées en 2012 en portant l'économie à un montant de 250 millions d'euros. La CNAMTS a elle-même proposé 200 millions d'euros dans le cadre de la publication de ses « 26 propositions de l'Assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2012 ».

Par ailleurs, l'ensemble des études portant sur la convergence intersectorielle a été globalement achevé. Il convient donc d'amplifier cette démarche.

1 Poursuivre
la convergence ciblée
(250 millions d'euros).

ACCOMPAGNEMENT DE LA T2A

LES MIGAC

Cette enveloppe, d'un montant de 8,293 milliards en 2011, 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. Cette enveloppe, ayant doublé en cinq ans – de 4 milliards à plus de 8 milliards - devrait même décroître car rien ne justifie une telle progression.

L'enveloppe MIGAC doit mieux prendre en compte les plans de santé publique et les dispositifs d'autorisation.

Les efforts effectués sur la transparence des règles d'allocation de ressources à l'image de la cancérologie et de la formation des internes doivent se poursuivre. Le Guide AC est le bienvenu dans ses principes. Nous resterons vigilants sur les modalités de mise en œuvre.

2 Stabilisation de l'enveloppe MIGAC, et envisager
une réaffectation sur les tarifs.

3 Procéder à une évaluation du
nouveau dispositif d'allocation
de ressources de la MIG
cancérologie.

FHP MCO

GHM

Groupe homogène de malades

ANAP

Agence nationale d'appui à la performance

DMi

Dispositifs médicaux implantables

PLFSS

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

LES SERVICES LOURDS (RÉANIMATION, USC, SI)

Les dispositifs de tarification de réanimation et de surveillance continue sont en place depuis 2009 et il convient de réfléchir à leur remplacement. Les travaux conduits par la FHP-MCO ont fait l'objet d'une présentation aux services de la DGOS au cours du printemps 2011.

Quel est le niveau de la rémunération de ce type de structure au même titre que celui des services de réanimation ou de soins intensifs ? La valeur unitaire de la rémunération journalière est insuffisante. Des études ont été conduites. De plus, cette rémunération nationale doit faire face à des exigences régionales mettant en place des cahiers des charges très disparates. Quelle cohérence entre une tarification nationale et des cahiers des charges régionaux hétérogènes ? L'initiative de la DGOS prise au début du mois de juillet, de créer un groupe de travail sur les coûts de fonctionnement des services de réanimation est la bienvenue.

4 Corriger le dispositif de la surveillance continue par la mise en place d'un indicateur composite et conduire une politique tarifaire adaptée en réanimation, surveillance continue et soins intensifs et normaliser les cahiers des charges régionaux.

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.

5 Pérenniser le financement des cliniques vertes.

FHP MCO

CAMPAGNE
TARIFAIRE 2012

12
ORIENTATIONS
DE LA FHP-MCO

LES PRESTATIONS INTER-HOSPITALIÈRES (PIH)

La problématique de la facturation des PIH, notamment en cas de transfert de moins de deux jours, demeure. 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.

6 Définir les règles de tarification des P.I.H. de moins de 48 heures mais aussi entre SSR et patients atteints de pathologie chronique.

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.

7 Maintenir le financement MIGAC des ex POSU.

LA RÉMUNÉRATION DES SERVICES D'URGENCES

D'une manière générale, la rémunération des services d'urgences est sous-évaluée.

Un groupe de travail à la DGOS a été mis en place mais exclusivement constitué de membres de sociétés savantes alors que les réflexions portent sur des sujets qui relèvent pleinement de la responsabilité des gestionnaires que nous sommes.

8 Participer à la réflexion générale sur le fonctionnement et le financement des services d'urgences.

FHP MCO

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.

9 Mettre en œuvre
une facturation
à 100 %.

INCITATIONS TARIFAIRES DANS LES POLITIQUES DE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE ET LA PRISE EN COMPTE DE LA QUALITÉ

10 Nos 7 propositions pour
le développement de la
chirurgie ambulatoire.

- 1. Mettre fin aux contraintes normatives en personnel (une IDE pour 5 patients présents) comme organisationnelle (ouverture de 12h00, etc.)
- 2. Adopter une politique tarifaire incitative pour les établissements de santé en :
 - mettant en place un tarif identique pour les couples GHM (hospitalisation complète/ambulatoire) ;
 - renforçant la reconnaissance pour les établissements en avance, exprimée en termes de taux de chirurgie ambulatoire, par une allocation de type MIGAC ;
 - supprimant les bornes basses des GHM. La mise en œuvre du tarif identique sur tous les niveaux de GHS (de J à 1, 2, 3 et 4) ne peut s'effectuer qu'avec une contrepartie tarifaire des plateaux techniques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs).
- 3. Revaloriser de manière significative les GHS en prenant en compte notamment nos demandes d'amendements méthodologiques de l'ENCc portant sur une modification des clefs de répartition de certaines charges remettant ainsi à son juste niveau le coût de fonctionnement d'un séjour ambulatoire.

FHP MCO

CAMPAGNE
TARIFAIRE 2012

12
ORIENTATIONS
DE LA FHP-MCO

CMD
Catégorie
majeure de
diagnostic

- **4.** Adopter une politique tarifaire incitative pour les praticiens libéraux en mettant en place un modificateur permettant aux praticiens d'accéder à une rémunération mieux valorisée qu'un acte effectué en hospitalisation complète.
- **5.** Lancer une campagne nationale d'information des usagers (sur la base de l'exemple « des antibiotiques ce n'est pas automatique »).
- **6.** S'assurer d'un développement maîtrisé de la chirurgie ambulatoire par la mise en place d'indicateurs de gestion des risques, et d'un suivi du taux de chirurgie ambulatoire au plan régional et national par statut et CMD.
- **7.** Développer les actions d'accompagnement des établissements de santé publics et privés notamment via L'ANAP.

11 Nos 7 propositions FHP-MCO pour le développement du financement de la qualité.

- **1.** Assurer une visibilité et lisibilité des outils afin de garantir une grande stabilité tout en permettant une souplesse. Les indicateurs utilisés doivent avoir une durée temporelle prédéfinie.
- **2.** Privilégier des indicateurs de processus SMART (Spécifiques, Mesurables, Applicables, Reproductibles, Temporels). Leur spécificité ne doit pas interdire l'établissement d'un score agrégé.
- **3.** Prendre en compte le niveau observé (le « résultat ») et non l'effort à accomplir pour atteindre un niveau cible.
- **4.** Adopter une politique de financement s'appuyant sur un dispositif de financement incitatif et non répressif.
- **5.** Adopter un dispositif gradué. Mettre en avant et financer la seule excellence qui concerne au plus 5 % des établissements n'est pas une fin en soi. Il convient d'avoir un système gradué incitatif. Le système de financement par la qualité doit rester discriminant mais ne doit pas être élitiste.
- **6.** Donner la priorité au financement par les MIGAC dans des proportions significatives pouvant atteindre 5 % des recettes d'un établissement de santé. En aucun cas le tarif ne doit être impacté par ce type de mesure qui perdrait alors tout son sens. Par ailleurs la règle étant nationale, la répartition ne pourra être que nationale.
- **7.** Développer une politique de parangonnage visant à développer le partage d'expériences.

En conclusion, le financement de la qualité ne peut pas reposer sur un « jeu » à somme nulle, un dispositif de sanction, un impact non significatif du budget de l'établissement, un nombre restreint d'établissements éligibles.

FHP MCO

QUELLE PLACE POUR L'INNOVATION ?

Il s'agit de financer des établissements mettant en œuvre des techniques innovantes. Ce point demeure une difficulté dans le cadre de l'application actuelle de la T2A.

Il est pourtant essentiel et doit être appréhendé notamment dans le cadre de 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.

Le financement du robot rencontre des difficultés qui freinent le développement de cette technique et pourraient amener à limiter la prise en charge des patients dans les services d'urologie, au détriment de la qualité et de l'efficacité des soins. En effet, l'acte inscrit sur la CCAM, non spécifique au robot, oriente vers un GHM dont le tarif est insuffisant pour couvrir l'ensemble des ressources engagées pour la prise en charge de ces patients.

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

AUTRES SUJETS NON DIRECTEMENT TARIFAIRES

- La prise en compte du retour d'expériences de la campagne 2011
- La création d'un Indice Santé Hospitalier (ISH) soutenu par l'ensemble des fédérations - FHP-MCO, FHF, FEHAP, UNICANCER. L'objet est de mettre en lumière l'évolution des charges hospitalières afin d'éclairer les débats au moment du PLFSS.

FHP MCO

CAMPAGNE DE COMMUNICATION « NOUS AGISSONS POUR LA SANTÉ DE TOUS »

Une vaste campagne de communication est lancée au printemps 2011 pour inviter l'opinion publique à s'interroger sur ses connaissances voire certitudes, concernant l'hospitalisation privée et déminer des préjugés défavorables. Pourquoi cette campagne ? Le combat syndical est un marathon. La prise de parole doit être exercée de façon régulière. Tout en servant la stratégie de positionnement du MCO privé dans la perspective des élections présidentielles, nous avons souhaité nous inscrire résolument dans la préparation du PLFSS 2012.

QUELLE STRATÉGIE ?

Il est difficile de faire entendre une revendication corporatiste (tarif unique) sans en créer les conditions d'écoute. Les messages sont ainsi construits : d'abord présenter notre secteur comme incontournable et mettre en doute les préjugés tenaces, puis inviter l'opinion publique à nos côtés dans une position de « victime » (pas d'autorisation d'ouverture de services d'urgence, par exemple), enfin rassurer sur notre volonté de continuer « à agir pour tous ».

UNE CAMPAGNE DÉCLINÉE

1 Achats d'espace dans des médias sélectionnés avec notre agence de Média-planning : présence de nos messages en pleine page durant trois



*2209978 patients
sont accueillis chaque année
dans les 134 services d'urgence privés.*

Le saviez-vous ?

En 2010, les cliniques et hôpitaux privés ont accueilli 2209978 patients dans leurs 134 services d'urgence. Malheureusement, près d'une centaine de cliniques et hôpitaux privés supplémentaires attendent en vain une autorisation pour ouvrir un service d'urgence dans des zones saturées ou éloignées. Nous déplorons cette inégalité d'accès aux soins mais continuons à agir pour la santé de tous.

Pour en savoir plus, testez vos connaissances sur agirpourlasante.fr

Ou retrouvez-nous sur [facebook.com/agirpourlasante](https://www.facebook.com/agirpourlasante)

FHP
FÉDÉRATION
DE L'HOSPITALISATION
PRIVÉE
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE



*Les cliniques et hôpitaux
privés prennent en charge 47 %
des actes lourds de chirurgie.*

Le saviez-vous ?

On pense souvent que les cliniques et hôpitaux privés sont réservés à des hospitalisations légères. Il n'en est rien. En 2010, ces établissements ont pris en charge 47 % des actes lourds de chirurgie : chirurgie cardiaque, neuro-chirurgie, chirurgie du cancer et traumatologie, par exemple. Malheureusement, à côté d'opérations sérieuses, les cliniques et hôpitaux privés sont récompensés par la sécurité sociale, en moyenne, 26 % de moins que l'hôpital public. Nous déplorons ce manque d'équité mais continuons à agir pour la santé de tous.

Pour en savoir plus, testez vos connaissances sur agirpourlasante.fr

Ou retrouvez-nous sur [facebook.com/agirpourlasante](https://www.facebook.com/agirpourlasante)

FHP
FÉDÉRATION
DE L'HOSPITALISATION
PRIVÉE
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP MCO

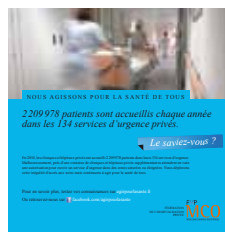
semaines (du 9 au 28 mai 2011) dans *Le Monde*, *L'Express*, *Le Figaro Magazine*, *Le Point*, *Marianne*, *le Nouvel Economiste*.

Les critères d'adéquation du lectorat avec notre cible, l'assurance de disposer d'une pleine page permettant un message simple, clair et lisible, de répétition de ce message, et naturellement des critères budgétaires, ont présidé à notre stratégie.

2 Déploiement sur le terrain au sein des établissements. Un lot d'affiches a été expédié à chaque adhérent afin d'optimiser les murs des établissements comme autant de vitrines de choix. Un argumentaire identique afin que la profession dans son ensemble porte le même discours simultanément, a été porté à la connaissance de chacun.

3 Une campagne portée par les administrateurs. Les 56 administrateurs du syndicat ont été mis à contribution pour solliciter le plus grand nombre de parlementaires. Ce discours unique était porté par un jeu de quatre cartes ou fiches parlementaires remises aux interlocuteurs à la discrétion des administrateurs.

4 Un site internet « agirpourlasante.fr ». Lancé pour accompagner la campagne avec l'aide notamment d'un quizz invitant le grand public à tester ses connaissances sur notre secteur, il se développe aujourd'hui à la façon d'un blog au fil de l'actualité.



AGIR POUR
LA SANTÉ DE TOUS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP MCO

UNE COMMUNICATION INTERNE DYNAMIQUE : DES LIENS AVEC VOUS



LE « 13H »

Cette newsletter électronique chaque jeudi, est le fil d'Ariane entre l'ensemble des adhérents et l'équipe du syndicat. Depuis son lancement, déjà 130 au compteur ! Au sommaire : la position politique du président, des informations brèves, techniques ou générales sur la profession, la parole donnée aux adhérents, usagers ou autres professionnels dans les « 3 questions à » , une rubrique développement durable et un rappel de l'agenda.



LES « DÉPÊCHES »

Une note technique rédigée par les experts du syndicat et envoyée par mail aux adhérents au fil de l'actualité. 130 dépêches en 2011, 28 de plus qu'en 2010 !

DES QUESTIONNAIRES EXPRESS

La FHP-MCO vous a interrogé en 2011 à quatre reprises sur les thématiques suivantes : en février, « La parité hommes-femmes, où en est-on au sein de nos établissements de santé privés ? » ; en mai, « Quels impacts les décrets IRC 2002 ont-ils sur la restructuration des centres de dialyse privés ? » ; en août–septembre, « Quelle est la place des représentants d'usagers dans les établissements de santé privés ? » ; en septembre–octobre, « Quelle est la place de la télémédecine dans les établissements de santé privés ? » .

Recevoir en instantané une photographie représentative de la position de la profession nous permet de mieux asseoir notre discours et enrichir les messages que nous délivrons auprès des tutelles, journalistes, audience des journées thématiques, etc.

FHP MCO

UNE PRÉSENCE RENFORCÉE SUR LA TOILE

La FHP-MCO investit le web et développe sa présence sur diverses plateformes dans le but d'informer ses adhérents bien sûr, mais aussi s'ouvrir au grand public et proposer une information de référence aux professionnels de santé. Le syndicat souhaite ainsi accroître la notoriété de l'hospitalisation privée auprès de l'opinion publique et auprès de ses partenaires. Nous souhaitons enfin faire connaître davantage la FHP-MCO et ses missions.

LE SITE INSTITUTIONNEL FHP-MCO : WWW.FHPMCO.FR

Relooké aux couleurs du MCO, le nouveau site internet www.fhpmco.fr s'est doté d'outils dynamiques et performants pour relayer l'actualité du syndicat et de la santé privée MCO, et renforcer sa visibilité sur internet.

NEW Le blog des professionnels de santé.

NEW Recrutement : un espace dédié au recrutement de professionnels de santé.

NEW Trouver une clinique : une application destinée aux patients pour trouver en quelques clics la clinique la plus proche de chez eux.

NEW LE SITE « AGIR POUR LA SANTÉ » : WWW.AGIRPOURLASANTE.FR

Ce nouveau site à destination du grand public a été créé pour accompagner et prolonger sur le web la campagne de communication « Agir pour la santé de tous » déployée au mois de mai. Il rassure tout d'abord sur notre volonté de continuer « à agir pour tous ». Il lutte contre les idées reçues et invite l'opinion publique, d'une part à s'interroger sur ses connaissances relatives à l'hospitalisation privée grâce à un quizz « Le saviez-vous ? » et d'autre part à partager un espace blog, relayé sur facebook.com/agirpoursante

NEW LE BLOG DU PRÉSIDENT

Lancé en avril 2011, ce blog est une tribune permettant au président de s'adresser à de multiples lecteurs : amis, parties prenantes du syndicat, journalistes, collaborateurs et pouvoirs publics... C'est un lieu de communication alternative, plus humaine, plus personnelle, où se raconte le quotidien de la FHP-MCO et de son président. Ces contenus sont mis en avant sur les réseaux sociaux professionnels LinkedIn et viadéo.

NEW YOUTUBE

Espace vidéo dédié aux couleurs de la FHP-MCO, youtube.com/fhpmco rassemble toutes les vidéos produites par le syndicat et ses partenaires. Des contenus relayés et partagés en quelques clics.

FHP MCO

DES RELATIONS PRESSE SOUTENUES

Les relations médias sont essentielles pour la profession : elles permettent de promouvoir les initiatives et diffuser les positions du syndicat et de ses adhérents auprès des pouvoirs publics, des décideurs économiques et du grand public au travers des leaders d'opinion que sont les journalistes.

Supports : Presse santé, grande presse d'actualité générale, presse économique et financière, presse régionale, radio, TV, web.

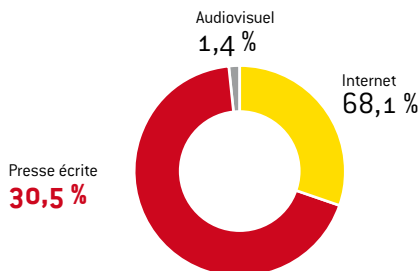
DES ACTIONS

- 23 communiqués de presse
- 4 conférences de presse
- de multiples rencontres one-to-one avec des journalistes.

DES RÉSULTATS

308 articles sont parus en presse écrite, internet et audiovisuel, soit une moyenne de 28 articles par mois (sur les mots clés FHP-MCO et Lamine Gharbi)

308
ARTICLES



RETURN ON INVESTMENT

Les retombées presse des 6 derniers mois représentent une valeur en achat d'espaces de 250 000 euros.

FHP MCO

MÉDIAS : DEUX DOSSIERS « VEDETTE »

+70
ARTICLES
EN 10 JOURS

LA FHP-MCO PORTE PLAINTE À BRUXELLES

Le syndicat choisit la rentrée, le 8 septembre, pour orchestrer la médiatisation de sa plainte pour atteinte à la libre concurrence déposée le 25 octobre 2010 auprès de la Commission européenne aux fins de faire condamner l'Etat français pour aides d'Etat illicites au profit des établissements publics de santé.

- Elle dénonce le caractère discriminatoire et préjudiciable de l'écart tarifaire (26 %) entre les tarifs hospitaliers privé/public de la Sécurité sociale.
- Elle attaque également l'attribution de manière opaque et non justifiée de 99 % des 8,3 milliards d'euros de l'enveloppe MIGAC aux seuls hôpitaux publics.

«L'actuel gouvernement restant sourd à nos arguments, nous n'avons d'autres choix aujourd'hui que de demander à la Commission européenne de sanctionner ce dispositif qui porte atteinte à la libre concurrence des établissements de santé en France », déclare Lamine Gharbi, Président FHP-MCO.

Un mécanisme d'aide d'Etat :

- contraire aux dispositions de l'article 107 du Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE) ;
- qui n'a pas fait l'objet d'une notification au titre de l'article 108 paragraphe 3 du TFUE ;
- qui ne répond pas aux conditions d'exemptions au titre des services d'intérêt économique général (article 106 TFUE), telles que les a définies la jurisprudence communautaire.

+40
ARTICLES
EN UNE
SEMAINE

TOUS UNIS CONTRE LES SANCTIONS T2A

«La disproportion entre les indus et les sanctions est délirante ! La tutelle est irresponsable sur ce dossier », déclare Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO.

Communiqué de presse le 14 janvier 2011 et rencontres avec les médias pour exprimer la colère de la profession autour de l'incohérence des sanctions T2A.

FHP MCO

LES « CHATS POLITIQUES »

Cette heure de « chat » avec une personnalité politique permet au monde politique et parlementaire en particulier, de mieux connaître notre secteur, et à l'inverse pour les établissements, de comprendre les moyens d'exercer le meilleur lobbying. Cette plateforme permet aussi très simplement d'exprimer vos attentes, votre mécontentement, votre incompréhension du système de santé, vos inquiétudes sur l'avenir du système de protection sociale, auprès des politiques investis dans les questions de santé.

Trois « chats politiques » ont été organisés en 2011 avec : le député Dr. Elie ABOUD, cardiologue, membre de la commission des affaires sociales, le 22 février ; le sénateur Jean-Pierre FOURCADE, auteur d'une proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi HPST, le 26 avril ; la députée Valérie BOYER, rapporteure de la proposition de loi visant à modifier la loi HPST, le 28 juin.



Lamine GHARBI en présence de Dr. Élie ABOUD, de Jean-Pierre FOURCADE et de Valérie BOYER.

FHP MCO

DIALOGUE SANTÉ : UN BIMENSUEL À DESTINATION DE NOTRE CORPS MÉDICAL

Informers, dialoguer, échanger... nous n'avons de cesse à la FHP-MCO de susciter les débats avec l'ensemble de nos parties prenantes. Pour structurer le débat avec nos Présidents de CME et le corps médical exerçant dans nos établissements, et mieux nous connaître, le syndicat a lancé en juin un journal de 4 pages, *Dialogue santé*. Tous les deux mois, une grande thématique est explorée en double page intérieure au travers d'avis parfois contradictoires des principaux acteurs concernés.

Le numéro 1 présentait les enjeux de la pertinence des actes, le numéro 2 à la rentrée de septembre, abordait le dépassement des honoraires et le numéro 3 en novembre 2011, présentera à nos médecins la situation du secteur privé MCO à l'heure du PLFSS 2012.

La langue de bois est interdite et la polémique autorisée ! Pour le reste, textes courts et simples pour une lecture rapide. Outre l'édito en « une », expression officielle du syndicat, la page 4 est structurée en quatre rubriques : témoignage d'une excellence médicale ; « je parle deux langues », un Président de CME témoigne ; le secteur privé MCO en chiffres ; une série de brèves relatives à l'actualité. Bonne lecture !



FHP MCO

PORTRAIT DE LA PROFESSION

L'hospitalisation privée MCO décidait en 2009 de donner la parole aux managers, acteurs de première ligne. Qui sont-elles ? Qui sont-ils ? Quel est leur quotidien ? Quels sont leurs engagements ?

43 témoignages de directrices et directeurs de cliniques MCO dessinent le portrait de la profession (interviews réalisées lors des Rencontres annuelles de la profession 2009 et publiées en 2010).



NEW Savoir où l'on va, c'est déjà savoir qui on est. Le syndicat a recueilli le témoignage de 19 managers concernant les valeurs de l'hospitalisation privée en répondant aux questions : « et si l'hospitalisation privée était un animal, une musique, un végétal, une boisson, quel(le) serait-il(elle) ? Peu à peu, les valeurs de l'hospitalisation privée affleurent au fil des réponses et nos interlocuteurs dressent le portrait chinois de la profession.

NEW Forte de ces valeurs, vers où se dirige l'hospitalisation privée MCO ?

Le temps de l'interview, nos managers se sont livrés à un exercice scénaristique. « 2050, la sécurité sociale a implosé, que faut-il mettre en oeuvre aujourd'hui pour éviter ce scénario catastrophe ? » (interviews réalisées en 2010 et publiées en 2011).

Une profession, celle des managers d'établissements privés, peu à peu, devient une corporation, certes plurielle, mais unie par une responsabilité commune : agir pour la santé de tous.

- DVD 2010, Portrait de la profession. 43 directrices et directeurs d'établissements hospitaliers témoignent.
- DVD 2011, Portrait de la profession. 19 directrices et directeurs d'établissements hospitaliers témoignent + Bonus : Le portrait chinois de la FHP-MCO. DVD envoyés à tous les adhérents et disponibles sur demande auprès de severine.defosse.mco@fhp.fr, ou visibles sur le site de la FHP-MCO : fhp-mco.fr/en-images/interview.

RENCONTRES ANNUELLES DE LA PROFESSION

Pour partager avec l'ensemble des adhérents cette journée nationale et annuelle, garder une trace et enrichir notre fonds documentaire, la FHP-MCO produit un reportage vidéo version MCO après chaque Rencontres annuelles. Reportage des Rencontres 2010 envoyé en 2011 à tous les adhérents, disponible sur commande auprès de severine.defosse.mco@fhp.fr ou visible sur le site fhp-mco.fr et espace Youtube.



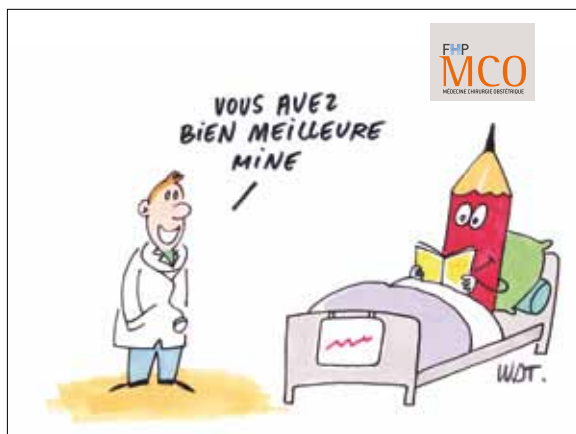
FHP MCO

L'ACTU FHP-MCO, CROQUÉE PAR WAT

Parce que l'humour participe à notre bonne santé, nous sollicitons régulièrement le crayon de notre caricaturiste pour nous accompagner dans notre communication interne et mettre en perspective notre actualité.

Les dessins de Wat sont publiés dans « Le 13h » et sont visibles sur le site internet de la FHP-MCO : fhpmco.fr/category/quoi-de-neuf/a-la-une/le-13h/

Les 40 premiers dessins ont fait l'objet d'une publication disponible sur demande auprès de severine.defosse.mco@fhp.fr



FHP MCO

DÉVELOPPEMENT DURABLE : UN PARTENARIAT AVEC LE C2DS

Le secteur sanitaire entre progressivement dans le cercle vertueux du développement durable et découvre ainsi qu'il peut assumer de façon plus juste et pérenne sa noble mission de santé publique.

L'hôpital, producteur massif de déchets liquides et solides, pollue. L'impact de l'activité même de soins, sur la santé des patients, des soignants, des prestataires, des riverains, n'est pas neutre. Et si l'hôpital créait les maladies de demain ? La consommation sans retenue de soins lorsque le système le permet, et la priorité donnée à la logique curative sur celle préventive, fragilisent l'équilibre social et financier de nos états. Comment prendra-t-on soin des générations futures ? Le secteur de la santé pèse 14 % du PIB. Comment optimise-t-il cette dépense et devient-il source de progrès économique, social et scientifique ? Comment joue-t-il enfin le rôle éducatif en santé dont lui seul détient l'expertise ?

Des managers hospitaliers, des professionnels de soin, dans le secteur privé MCO s'activent à rendre leur secteur plus « vert » et davantage cohérent avec sa mission première. Entre effet de mode et engagement éthique, chacun a ses raisons : soigner sans nuire, répondre aux attentes sociales et citoyennes, gérer et économiser à court et moyen terme.

La certification dont la troisième version intègre un chapitre sur le développement durable, les 40 décrets du Grenelle 2 qui concerne le secteur sanitaire ou encore la mise en application d'un lot de nouvelles réglementations relatives aux gaz à effet de serre et plus largement à l'énergie, obligent nos établissements à entrer à pas davantage cadencé dans une démarche de développement durable.

Ce partenariat se décline au travers de :

- une rubrique hebdomadaire dans le « 13h » ;
- une newsletter électronique, trois fois par an, pour reprendre l'actualité en un clin d'œil ;
- une journée thématique annuelle ;
- un édito FHP-MCO dans le « Guide des pratiques vertueuses en santé » ;
Edition 2011 à sortir en français et en anglais ;
- La mise à disposition d'outils.

FHP MCO

L'IDD

L'Indicateur Développement Durable est un auto-diagnostic développé, au sein du C2DS, par un groupe de travail composé d'experts et de directeurs d'établissements adhérents. Il comporte 350 critères qui balisent de manière exhaustive les domaines fondamentaux du développement durable pour une meilleure santé : humains, environnementaux et économiques. Il constitue la première étape indispensable d'une démarche stratégique plus globale. Il est partagé aujourd'hui par plus de 850 établissements hospitaliers français.

> Se procurer l'IDD gratuitement : www.c2ds.com

LE CODE DE DÉONTOLOGIE DES MANAGERS EN SANTÉ

Avant d'être un sujet technique, le développement durable est un sujet d'éthique managériale. Difficile de croire que la profession de manager hospitalier ne dispose pas d'un répertoire commun d'éthique professionnelle. Difficile de croire que ces dirigeants qui, au quotidien, managent des professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, pharmaciens, etc., qui tous possèdent un code de déontologie) ne souscrivent pas eux-mêmes à une ligne de conduite déontologique commune. Il s'agit à moyen terme de définir le cadre exact de la profession et ses responsabilités envers toutes les composantes de la société, envers l'environnement, et le monde de la santé, en accord avec les trois piliers du développement durable.

> Signer le Code de déontologie : www.c2ds.com

Le Comité pour le Développement Durable en Santé, est une association à but non lucratif, créée en 2007, de professionnels de santé mobilisés pour le développement durable. L'objectif du C2DS est de sensibiliser les acteurs de la santé aux avantages des bonnes pratiques du développement durable afin de mieux maîtriser l'impact humain, environnemental et économique de leur activité. Pour le C2DS, l'univers du soin doit être exemplaire sur ces trois points en relation directe avec le principe d'Hippocrate « D'abord ne pas nuire, ensuite soigner ».

c2ds
comité
développement
durable
santé

FHP MCO

ÉVÉNEMENTIEL MANAGER UNE CLINIQUE AU FÉMININ

En 2010 la FHP-MCO lançait un premier « 8 mars en santé », à l'occasion de la journée mondiale de la femme, une opportunité pour observer le secteur de la santé au travers du prisme féminin. Cette journée thématique est désormais annuelle et vise à créer un nouvel espace d'échanges, de réflexion au cœur de notre profession. Elle permet l'émergence de nouvelles perspectives et idées afin de renouveler l'approche de nos métiers et optimiser l'offre sanitaire.

Le mardi 8 mars 2011 proposait quatre grandes thématiques :

- Parité homme/femme : le domaine de la santé est-il en avance ?
- La santé des femmes : état des lieux.
- Secteurs hospitaliers public et privé : les femmes dépassent les préjugés.
- Communication en santé : y a-t'il une stratégie propre aux femmes ?

Cette journée de rencontres, ouverte à tous, est éminemment transversale et concerne l'ensemble des établissements hospitaliers publics et privés MCO, SSR, psychiatriques, EPAHP, HAD et leurs parties prenantes.



FHP MCO

NEW UN CLIP

Un clip bande-annonce pour donner le ton ! A visionner sur les différentes plateformes web du syndicat.

ANNALES

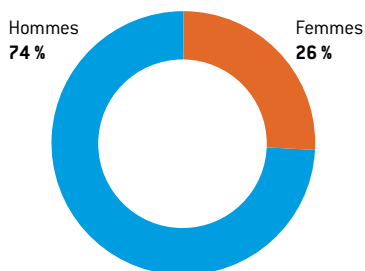
Comme tous les colloques organisés par la FHP-MCO, ce « 8 mars santé » fait l'objet de la publication d'annales. Envoyée à tous les adhérents, cette publication permet de partager avec vous le contenu de cette journée d'échanges, de garder une trace de nos travaux et enrichir notre fonds documentaire.

NEW SONDAGE

Parité homme/femme : le domaine de la santé est-il en avance ? Sondage effectué par mail en février et auquel ont répondu 170 établissements privés MCO. Les résultats ont été présentés aux congressistes et communiqués aux adhérents, tutelles et médias.

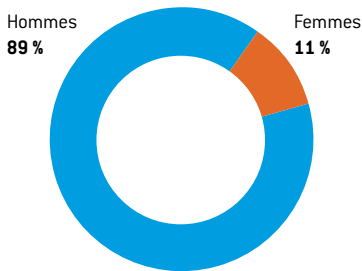
Nous vous donnons rendez-vous le jeudi 8 mars 2012 !

Le directeur d'établissement est-il un homme ou une femme ?



Seuls 11,2 % des présidents du conseil d'administration sont des femmes et parviennent à briser le plafond de verre de l'actionariat.

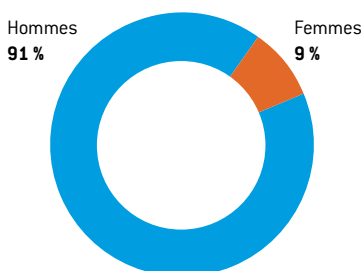
Le président du Conseil d'Administration est-il un homme ou une femme ?



La Commission médicale d'établissement représente la communauté médicale. Le pourcentage de femmes président de CME est cohérent avec la faible féminisation du corps médical dans les établissements privés.

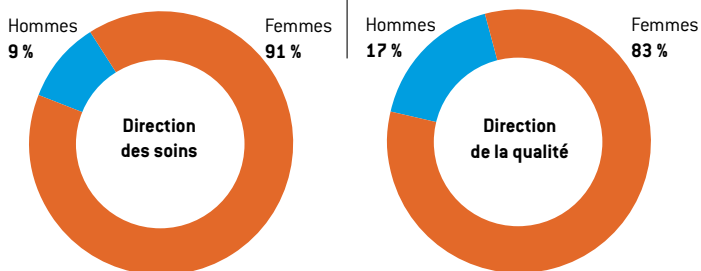
FHP MCO

Le président de la CME est-il un homme ou une femme ?



1 établissement sur 4 est dirigé par une femme. Moins de 30 % des chefs d'établissements sont des femmes.

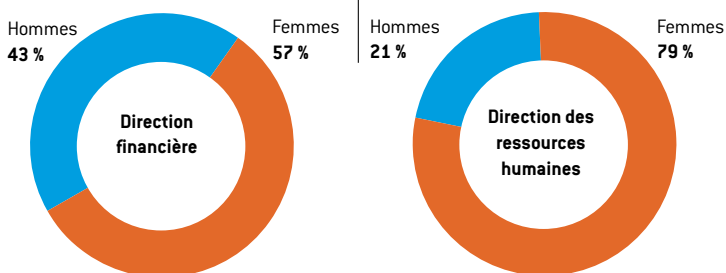
Les cadres sont-ils des hommes ou des femmes ?



Les directions des soins et de la qualité sont souvent l'aboutissement logique d'une carrière de soignante, il est donc attendu d'y retrouver un très fort pourcentage de femmes.

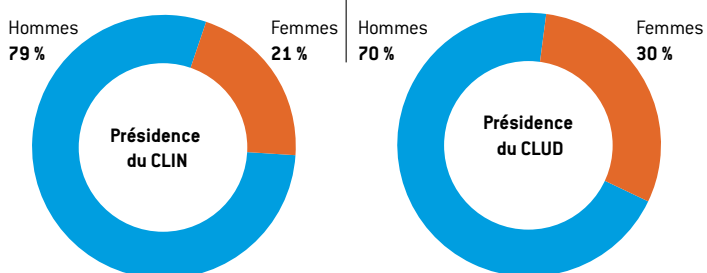
FHP MCO

La direction financière et la direction des ressources humaines sont-elles dirigées par des hommes ou des femmes ?



Contrairement aux autres secteurs d'activité, la finance dans le secteur de l'hospitalisation privée est majoritairement pilotée par des femmes. Les directions des ressources humaines sont traditionnellement féminines. (80 % des étudiants en ressources humaines sont des femmes, source Association nationale des DRH).

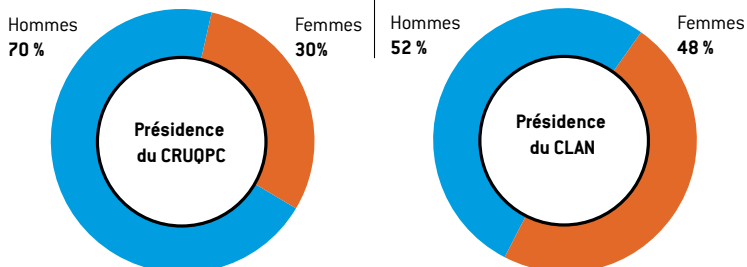
Les présidents des instances qualité des établissements sont-ils des hommes ou des femmes ?



CLIN Comité de lutte contre les infections nosocomiales.
CLUD Comité de lutte contre la douleur.

FHP MCO

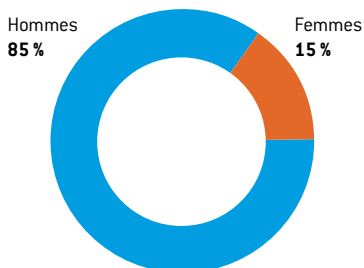
Les présidences de la CRUQPC et du CLAN sont-elles des hommes ou des femmes ?



CRUQPC : Commission des relations avec les usagers
et de la qualité de la prise en charge.

CLAN : Comité de Liaison Alimentation et Nutrition.

Les médecins sont-ils des hommes ou des femmes ?



La féminisation du corps médical ne se retrouve pas au sein des médecins
spécialistes exerçant dans les établissements de santé privés.

FHP MCO

NEW ÉVÉNEMENTIEL « 2002 – 2022 : QUEL PARCOURS POUR LE PATIENT INSUFFISANT RÉNAL ? »

120 participants, 23 intervenants, la première journée thématique organisée par la FHP Dialyse a été l'occasion pour son président, Gilles Schutz, de dénoncer les incohérences du gouvernement en matière de prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique (IRC). Une journée conçue selon deux axes : 2002-2012, quel bilan ? et 2012-2022, quelles perspectives ? et cinq grandes thématiques :

- Bilan de la prise en charge du patient atteint d'IRC ;
- La vie... et de l'avis du patient ;
- Expériences étrangères : quelle prise en charge pour quels indicateurs de santé ? ;
- Evolution de l'organisation des soins et politique incitative ;
- Que peut-on attendre demain de l'innovation dans le traitement de l'IRC : Perspectives à 10 ans.

ANNALES

Cet événement fera l'objet d'annales qui seront transmises aux adhérents des FHP-Dialyse et FHP-MCO.

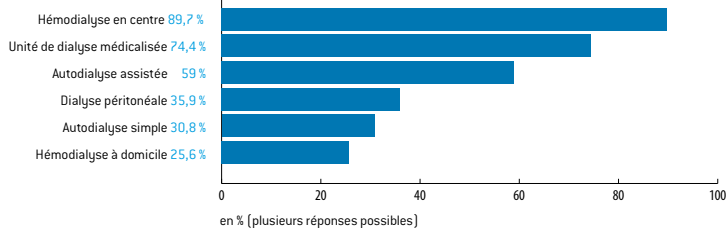
SONDAGE

Pour étayer cette journée, un sondage a été réalisé par mail en mai auprès des adhérents de la FHP Dialyse. 39 établissements ont répondu. Les résultats ont été présentés aux congressistes et communiqués aux adhérents, tutelles et médias.



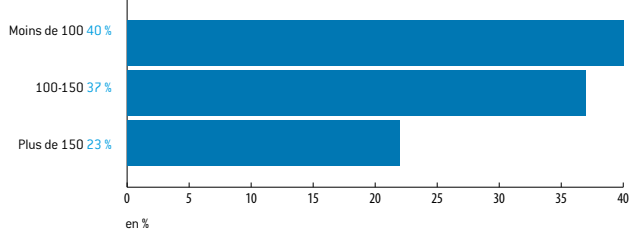
FHP MCO

1 - Quelles modalités de traitement avez-vous en propre au sein de votre établissement ?



Les établissements privés exerçant l'activité de traitement de l'IRC couvrent l'ensemble des modalités de dialyse.

2 - Quel est le nombre de patients traités pour IRC en 2010 dans votre établissement ?

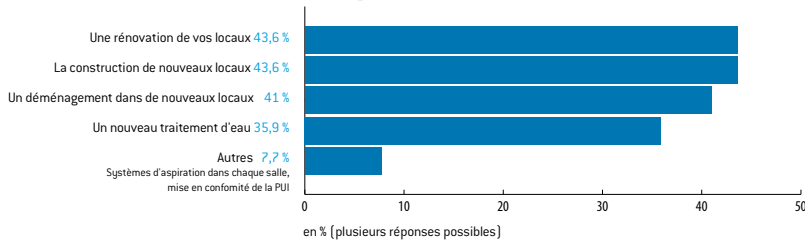


Un secteur privé surtout caractérisé par des structures de petite et moyenne taille reflétant une couverture large du territoire

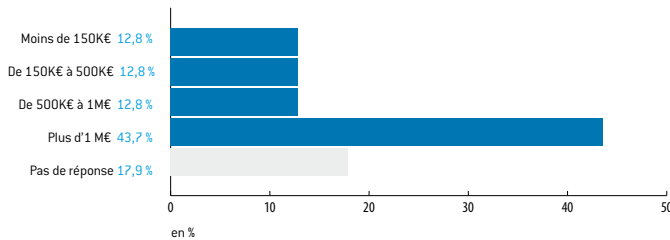
FHP MCO

Des budgets à la hauteur des opérations d'envergure qui ont été menées

3 - Est-ce que la mise en conformité de votre établissement au regard des décrets de 2002 a nécessité ?



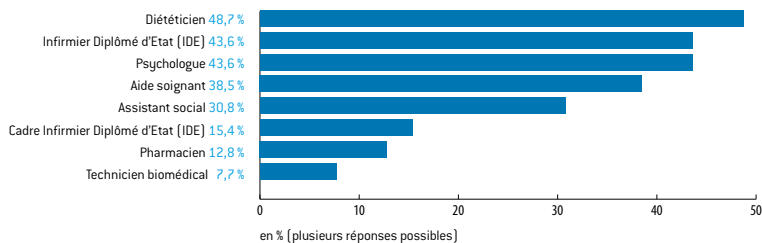
4 - Quel montant d'investissement a été réalisé dans le cadre de cette mise en conformité ?



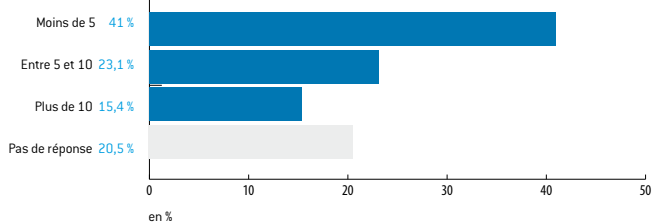
FHP MCO

100 % des répondants ont recruté de manière significative

5 - Est-ce que votre mise en conformité au regard des décrets de 2002 a nécessité le recrutement de nouveaux professionnels ?



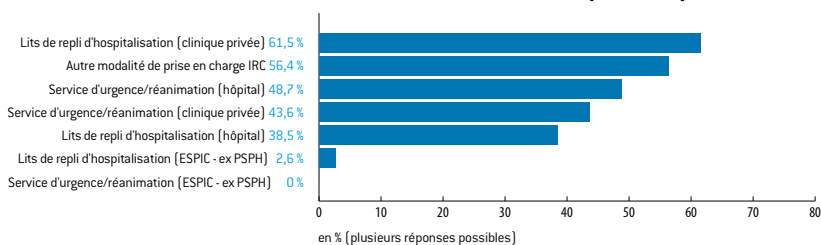
6 - Combien d'équivalent temps plein (ETP) avez-vous recruté ?



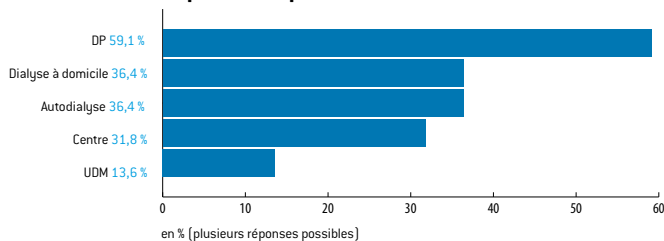
FHP MCO

Des conventions menées avec l'ensemble des acteurs qu'ils soient privés ou publics

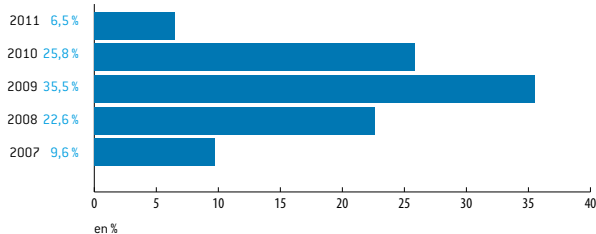
7 - Les Conventions de coopération portent sur :



8 - Si autre modalité de prise en charge IRC : laquelle/lesquelles ?



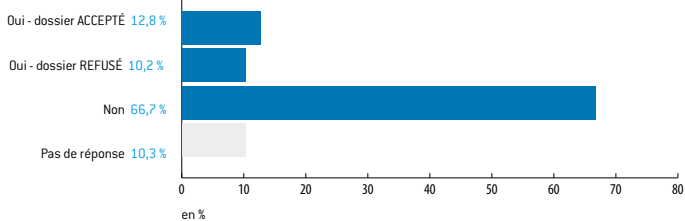
9 - A quelle date avez-vous passé votre visite de conformité ?



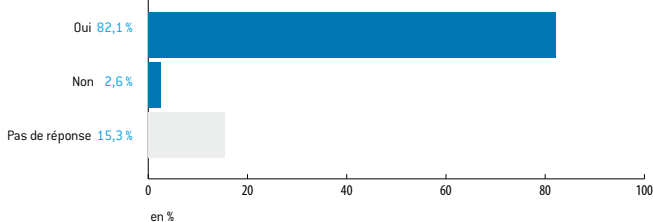
FHP MCO

Une prise en considération de l'éducation thérapeutique du patient en concordance avec les textes réglementaires et une volonté forte d'avancer sur cette nouvelle thématique

10 - Avez-vous présenté un dossier de demande d'autorisation pour la mise en place d'un programme d'ETP ?



11 - Envisagez-vous de déposer un dossier de demande d'autorisation pour la mise en place d'un programme d'ETP ?



12 - Si oui, à quelle échéance ?



FHP MCO

ÉVÉNEMENTIEL 2^E CONGRÈS DES USAGERS

Le développement de notre secteur passe par un travail de proximité et d'ouverture vers nos usagers et leurs représentants. Le 21 septembre 2011, pour cette deuxième édition sur l'implication du représentant des usagers de l'hospitalisation privée, 250 directeurs d'établissements, représentants d'associations de santé, d'usagers et représentants institutionnels se sont réunis pour débattre et échanger.

Au programme :

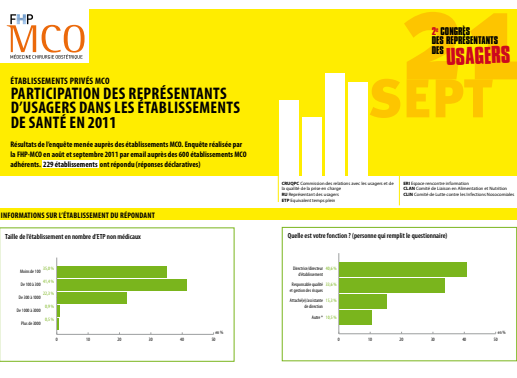
- La place du représentant des usagers dans l'organisation sanitaire
- La gestion des risques en établissement : quel rôle pour le représentant des usagers ?
- L'implication des représentants des usagers dans la prise en charge du patient : focus sur l'éducation thérapeutique du patient

ANNALES

Comme l'an dernier, cet événement fera l'objet d'annales qui seront transmises aux adhérents de la FHP-MCO.

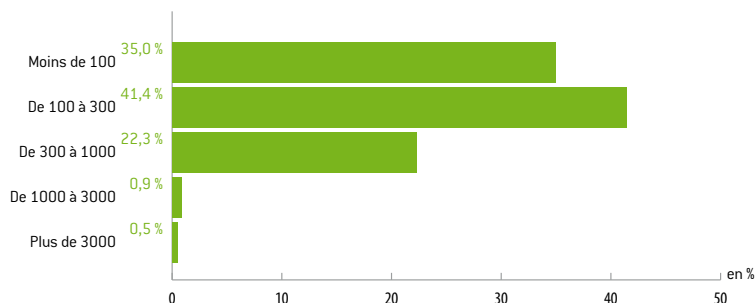
SONDAGE

Un sondage a été effectué en août-septembre par mail auprès des adhérents de la FHP-MCO. 229 établissements ont répondu. Les résultats ont été présentés aux congressistes et communiqués aux adhérents, tutelles et médias.

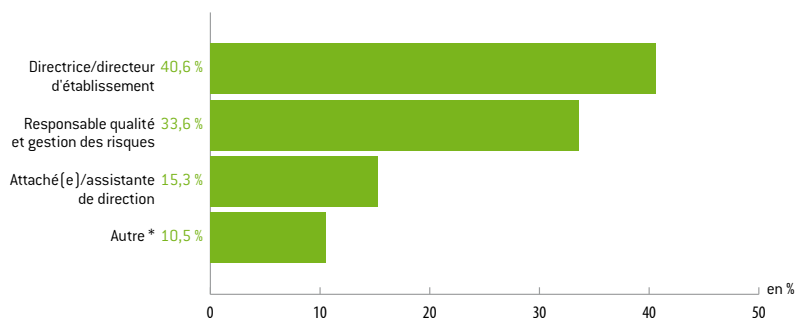


FHP MCO

Taille de l'établissement en nombre d'ETP non médicaux

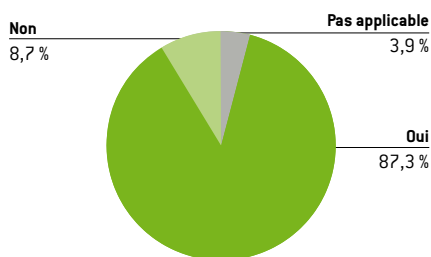


Quelle est votre fonction ? (personne qui remplit le questionnaire)



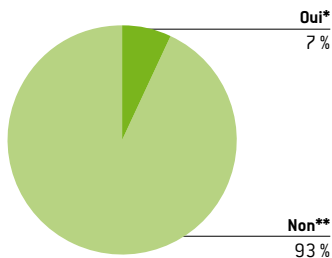
FHP MCO

Y a-t-il dans votre établissement une personne chargée des relations avec les usagers et les associations ?



Une très large majorité d'établissements dispose d'un interlocuteur dédié aux relations avec les usagers.

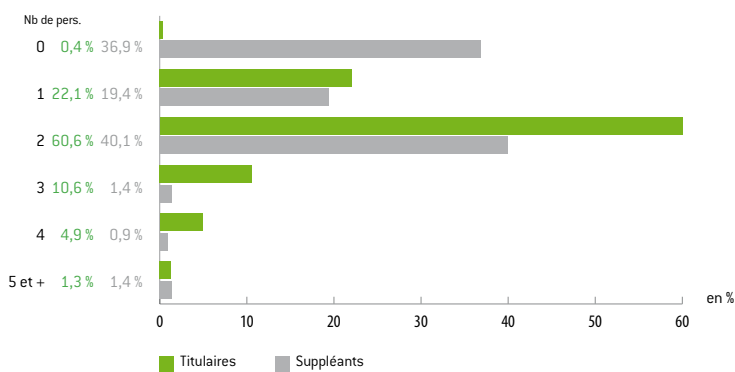
Si OUI, est-ce sa fonction principale ?



... mais dont ce n'est pas l'exclusive mission. La personne ressource appartient très majoritairement à la direction et n'est que très rarement un personnel de soins.

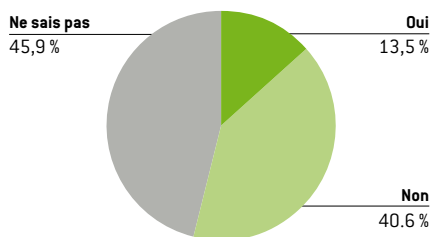
FHP MCO

Combien de représentants des usagers sont nommés, à ce jour, à la CRUQPC ?



77,4 % des établissements répondants disposent d'au moins 2 RU.

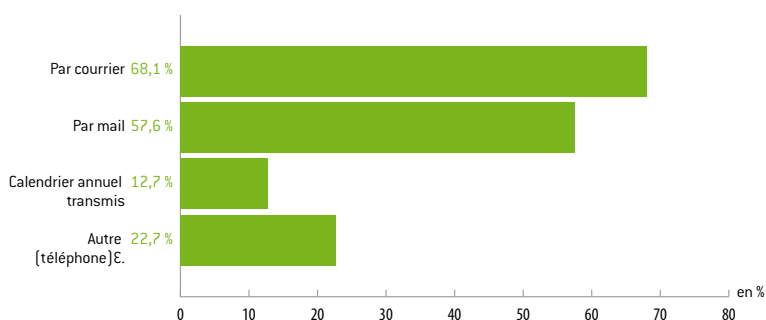
Les RU participent-ils régulièrement au Conseil de surveillance (ou son équivalent) de votre établissement ?



Presque 15 % des RU participent au Conseil de surveillance ou équivalent.

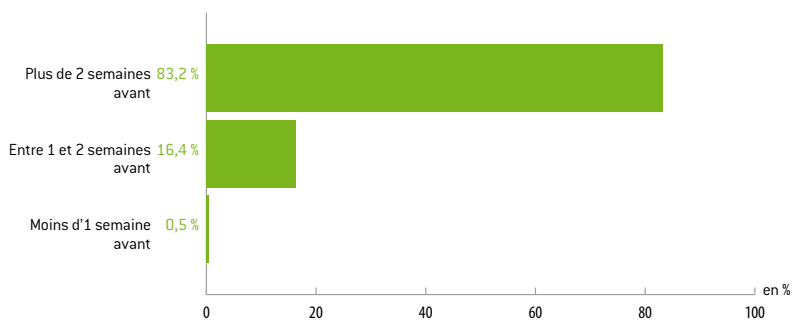
FHP MCO

Comment informez-vous les RU de votre établissement des dates des séances de la CRUQPC ?



34 % informent les RU par courrier et par mail

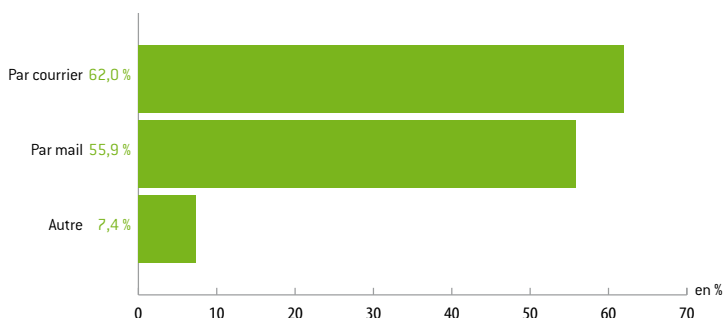
Dans quel délai moyen informez-vous les RU de votre établissement des séances de la CRUQPC ?



Des délais suffisants sont respectés par une très grande majorité d'établissements.

FHP MCO

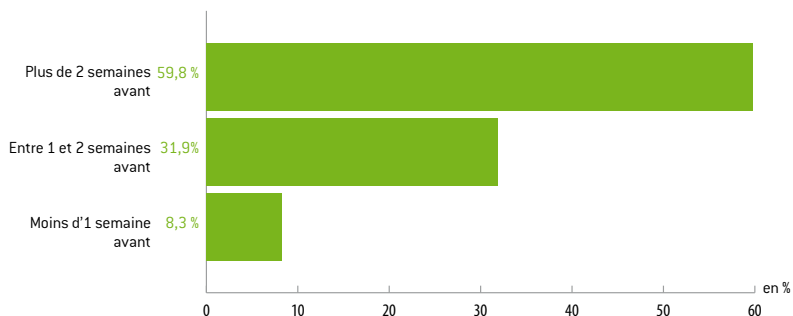
Comment transmettez-vous aux RU de votre établissement les documents de préparation des séances de la CRUQPC ?



28,4% transmettent les documents par courrier et par mail

Une très grande majorité des établissements transmet les documents par écrit et permet ainsi une traçabilité des échanges.

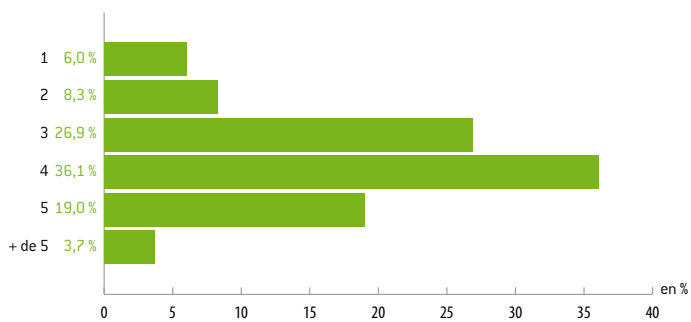
Dans quel délai moyen transmettez-vous les documents de préparation des séances de la CRUQPC ?



La très grande majorité des RU dispose de délai suffisant pour préparer les séances.

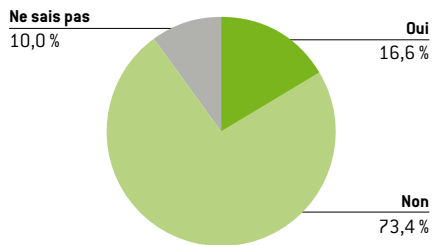
FHP MCO

Combien de séance(s) de CRUQPC se sont tenues en 2010 ?



Plus de la moitié des établissements (54,1 %), organise 4 ou 5 CRUQPC par an. Presque un tiers en organise 3 par an.

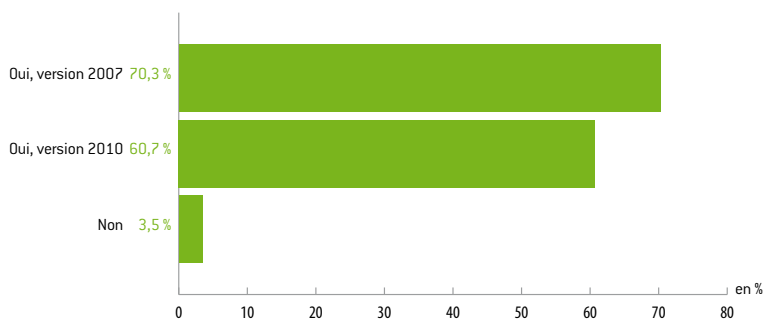
Dans les 12 derniers mois, une réunion de la CRUQPC a-t-elle eu lieu sans aucun RU ?



La grande majorité des CRUQPC a lieu toujours en présence d'un RU.

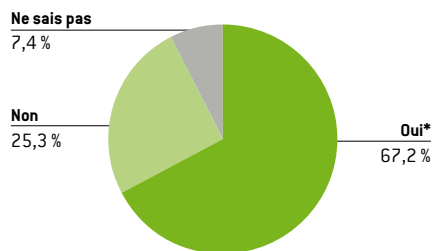
FHP MCO

Des RU ont-ils été associés à des groupes d'auto-évaluation dans le cadre de la certification ?



Les RU sont majoritairement impliqués dans le travail d'auto-évaluation dans le cadre de la certification.

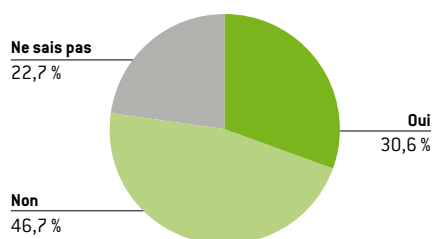
Des RU ont-ils été associés à la mise en œuvre d'actions au sein de votre établissement (formation, groupe de travail, enquête) en dehors de l'auto-évaluation ?



Les RU sont très impliqués dans la vie quotidienne de l'établissement pour une majorité des établissements.

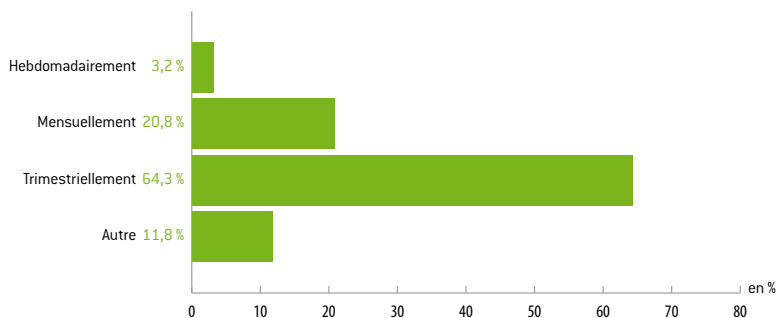
FHP MCO

Des RU ont-ils été sollicités pour participer à des projets de service/pôle ?



Près d'un tiers des établissements associe les RU à leurs projets de service/pôle.

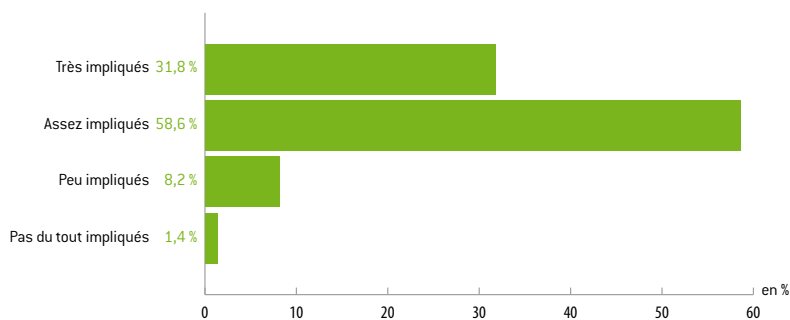
A quelle fréquence êtes-vous en contact avec les RU de votre établissement ?



Un rdv trimestriel est le rythme de la majorité des établissements. Mieux encore, 20 % se rencontrent chaque mois.

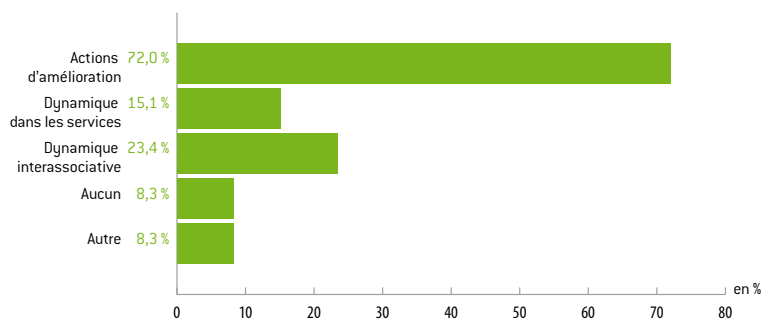
FHP MCO

Globalement, comment qualifieriez-vous leur implication au sein de votre établissement ?



90,4 % des établissements estiment que leurs RU sont impliqués dont près d'un tiers très impliqués.

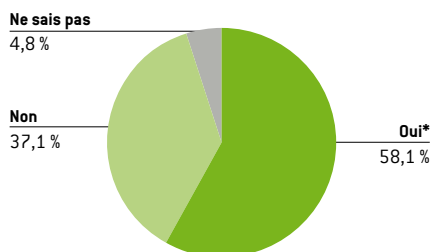
Quel impact a eu la présence des RU au sein de votre établissement ?



Les RU participent résolument (presque 70 %) à l'amélioration de la qualité de l'activité de soin.

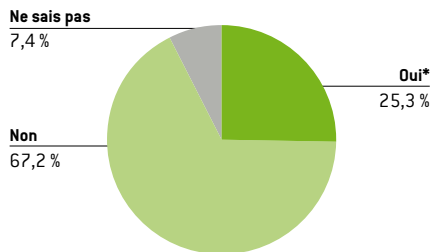
FHP MCO

En dehors de la CRUQPC, des associations interviennent-elles dans votre établissement ?



* Nombre d'associations intervenant dans l'établissement : 1 = 29,3 % ; 2 = 26,3 % ; 3 = 15,8 % ; Plus de 4 = 28,6 %
 Une large majorité d'établissements témoigne d'une vie associative riche.

En dehors des RU, des BÉNÉVOLES D'ASSOCIATIONS participent-ils à des groupes de travail (groupes d'auto-évaluation, groupes qualité, dossier de patient, éducation thérapeutique, autres...) ?



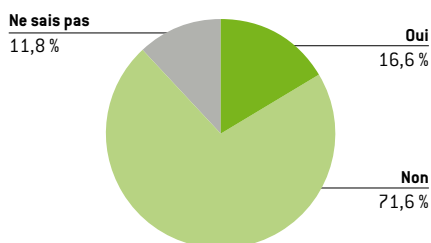
* 69 % de ces bénévoles sont membres d'associations agréées

Thèmes abordés par les groupes de travail : La sécurité des soins, le traitement du cancer, les soins palliatifs, la prise en charge, l'obésité, l'information du patient, l'hygiène et la qualité, l'éthique, l'auto-évaluation, la pédiatrie, la douleur, l'éducation thérapeutique du patient, le CLAN, le CLIN.

Jusqu'à 25 % des établissements accueillent des bénévoles d'associations dans leurs groupes de travail.

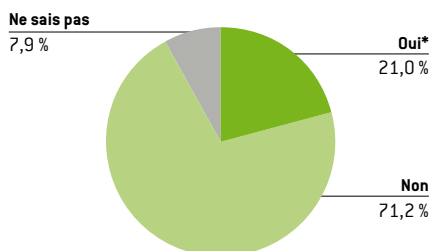
FHP MCO

En dehors des RU et des bénévoles d'associations, des PATIENTS de votre établissement participent-ils à des groupes de travail ou des projets (ex : groupes d'auto-évaluation, groupes qualité, groupe expert, éducation thérapeutique, autres...)



Près de 17 % des établissements sollicitent des patients pour participer à leurs groupes de travail.

Certaines associations d'usagers assurent-elles des permanences d'accueil au sein de votre établissement ?

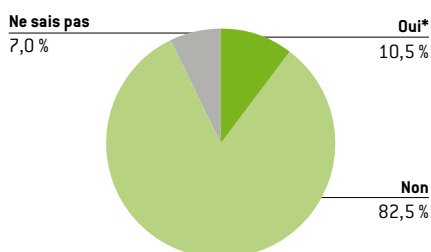


* Lieux des permanences d'accueil : services 43,8 % ; maison des usagers 23 % ; consultations 12,5 %

21 % des établissements permettent aux associations d'usagers d'assurer des permanences en leur sein.

FHP MCO

Existe-t-il un lieu d'accueil et de permanence des associations d'usagers dans votre établissement (type Espace ou Maison des usagers, Maison des associations), animé par les associations d'usagers ?



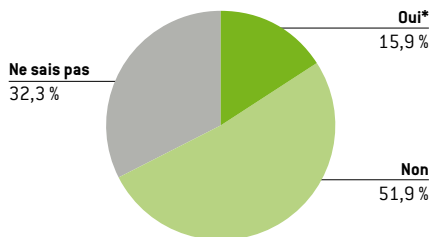
* Ce lieu existe depuis moins d'1 an : 29,1 % ; entre 1 et 2 ans : 29,2 % ; plus de 2 ans : 41,7 %

* Partenariat avec 1 seule association : 52,7 % ; 2 associations : 21 % ; plus de 2 associations : 26,3 %

* Ce lieu travaille dans 58,3 % des cas avec la CRUQPC

Si ce lieu existe, il est majoritairement en lien avec une seule association et travaille majoritairement avec la CRUQPC.

Si ce lieu n'existe pas, avez-vous le projet d'en ouvrir un ?



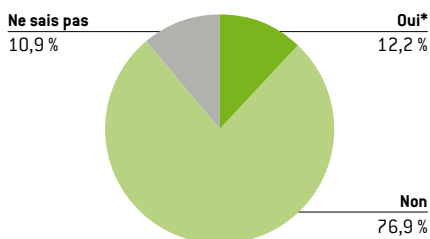
* Délai d'ouverture souhaité : moins d'1 an : 43,3 % ; entre 1 et 2 ans : 43,3 % ; plus de 2 ans : 13,3 %

* Nombre d'associations partenaires souhaitées. 1 : 18,5 % ; 2 : 22,2 % ; 3 : 18,5 % ; + de 4 : 11,1 % ; je ne sais pas : 29,7 %

Presque 16 % des établissements ont le projet d'un lieu. Un tiers est en cours de réflexion.

FHP MCO

Existe-t-il un Espace Rencontre / Information (ERI) dans votre établissement, animé par des professionnels de santé ?



* Ce lieu existe depuis moins de 6 mois : 14,3 % ; entre 6 mois et 1 an : 14,3 % ; entre 1 et 2 ans : 25 % ; plus de 2 ans : 46,4 %

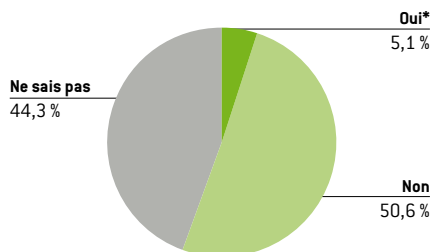
* Ce lieu est animé par 1 professionnel : 28,6 % ; 2 à 3 professionnels : 17,9 % ; plus de 3 : 32,1 % ; je ne sais pas : 21,4 %

* Ce lieu est dans 28,6 % des cas en lien avec une maison des usagers (regroupement d'associations d'usagers)

* Ce lieu travaille dans la moitié des cas avec la CRUOPC

Dans la très grande majorité des cas, les professionnels de soins et les patients n'ont pas de lieu de rencontre. Il est à noter que pour les 12,2 % d'établissements où ce lieu existe, cet espace de rencontre fonctionne depuis plus de 2 ans, et est pour un tiers animé par plus de 3 professionnels de santé.

Si ce lieu n'existe pas, avez-vous le projet d'ouvrir un tel lieu ?



* Le délai d'ouverture privilégié est 1 à 2 ans

* Ce lieu serait pour la moitié des cas en lien avec une maison des usagers (regroupement d'associations d'usagers)

La création d'un ERI n'est pas un projet prioritaire.

DÉPÊ

LES DÉPÊCHES TOUTE L'ACTUALITÉ DU MCO

NORMES ET AUTORISATIONS

PAGES 68, 71, 121, 122, 126, 129, 147

FINANCEMENT, TARIFICATION

PAGES 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 73, 74, 75, 76, 82, 84, 88, 94, 95, 97, 98, 99, 101, 103, 107, 108, 109, 111, 117, 119, 121, 128, 137, 139, 140, 148, 150

RISQUES ET QUALITÉ

PAGES 77, 80, 85, 90, 101, 126

CONTRÔLES PUI & CBUM

PAGES 65, 153

LÉGISLATIONS ET RÉGLEMENTS

PAGES 93, 95, 96, 99, 101, 102, 105, 118, 128, 131, 138, 144, 146, 147

ENQUÊTES ET OBSERVATOIRES

PAGES 72, 75, 84, 87, 88, 89, 92, 93, 97, 98, 100, 105, 113, 114, 115, 116, 128, 132

ACTUALITÉ DE LA FÉDÉRATION

PAGES 64, 67, 74, 82, 84, 90, 91, 95, 104, 106, 113, 115, 120, 123, 124, 127, 129, 131, 133, 134, 135, 136, 137, 141, 142, 143, 145, 149, 150, 151, 152

MARDI 26 OCTOBRE 2010

FACTURATION INSTILLATIONS VÉSICALES

Certains établissements de notre secteur se sont vu notifier des indus et des sanctions financières pour des instillations vésicales réalisées en ambulatoire et ayant fait l'objet d'un GHS. Une analyse réalisée par la CNAMTS à partir des données des bases nationales PMSI et Assurance Maladie mettent en effet en évidence que « 69 % des instillations vésicales sont réalisées en soins externes et 31 % en hospitalisation de jour ».

En mars dernier, nous avons fait part à l'assurance maladie de notre analyse sur ce dossier.

Nous avons en effet défendu la possibilité de facturer un GHS pour des instillations vésicales en nous appuyant sur les arguments des directeurs de plusieurs établissements concernés et des médecins urologues qui y exercent.

Par ailleurs, nous avons contesté les arguments strictement statistiques qui nous étaient opposés par l'assurance maladie, alors que les établissements concernés avaient étayé une argumentation médicale appuyant leurs modalités de prise en charge, de codage et de facturation.

Des rencontres ont été organisées entre le médecin responsable du département « contrôle des établissements de santé de la DCCRF » à la CNAMTS, et l'équipe de direction de certains des établissements concernés.

Outre ces échanges, la CNAMTS nous a également apporté des éléments de réponse argumentés.

Vous trouverez en annexe à la présente dépêche la note de la CNAMTS correspondante.

Le docteur Pierre FENDER, Directeur du Contrôle contentieux et de la répression des fraudes de la CNAMTS précise que cette note « sert de base de travail aux médecins contrôleurs sur le champ d'activité des instillations vésicales. Elles prennent en compte les conditions d'utilisation prévue dans les monographies Vidal 2009 sur « l'immucyst » et sur l'« amétycine ». Elles sont conformes aux bonnes pratiques médicales.

Elles n'ont qu'un caractère d'aide à la décision puisqu'il appartient aux médecins conseils chargés du contrôle de s'assurer qu'en cas de facturation d'un GHS, l'état de chaque patient répond bien aux conditions prévus par les arrêtés « prestations » du 5 mars 2006 (article 5-1-10^o) et du 27 février 2007 (article 6-1-10^o) ».

Ces éléments de réponse ont été transmis au groupe de travail de la FHP-MCO piloté par M. Pascal DELUBAC, consacré aux Contrôles T2A et aux sanctions financières. Nous tenions à vous tenir informés de cette réponse de la CNAMTS. En complément, l'analyse médicale et juridique qui sera réalisée lors de la prochaine réunion du groupe de travail FHP-MCO, le 17 novembre prochain, vous sera transmise dans une prochaine dépêche.

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

LUNDI 8 NOVEMBRE 2010

ÉTAT DES LIEUX DU DÉROULEMENT DES CONTRÔLES EXTERNES ET DES SANCTIONS FINANCIÈRES

Les fédérations hospitalières sont régulièrement conviées par la CNAMTS à participer à des réunions de travail, afin de faire un état des lieux du déroulement des contrôles externes et des sanctions financières. La dernière réunion CNAMTS/ Fédérations s'est tenue le 20 octobre dernier.

L'ordre du jour était le suivant :

- Suivi de la charte du contrôle T2A.
- Enseignements des rencontres avec les établissements : rappel du dispositif des sanctions et du champ sanctionnable.
- Dossiers médicaux : rappel réglementaire dossiers incomplets et dossiers manquants.
- Bilan des campagnes 2008-2009 : Actualisation.

Sur ce dernier point, voici quelques chiffres clés :

- 155 établissements ex-00N ont été contrôlés en 2009, contre 178 en 2008. 48 343 dossiers ont été contrôlés en 2009 contre 75 628 en 2008.
- Au sein des établissements ex-00N, 39 % des dossiers apparaissent en anomalie en 2009 contre 48 % en 2008.
- Cette baisse de 9 % de la proportion d'anomalies constatées n'est que de 2 % dans les établissements ex-DG.
- En revanche, le montant des indus, malgré le nombre d'établissements contrôlés plus faible en 2009, est supérieur à 2008 pour l'année 2009, dont les données ne sont pourtant que provisoires.
- Par ailleurs, le nombre d'établissements qui ont fait l'objet d'une procédure de sanctions financières (L162-22-18 CSS) est supérieur en 2009 par rapport à 2008.
- Le montant des sanctions est pour l'instant provisoire. Il s'élevait à 12 226 797 euros pour 2008, soit 9 817 817 euros pour les ex-DG et 2 408 980 euros pour les ex-00N.
- Au titre de 2009, au 31 août 2010, il s'élève à 3 982 146 euros pour les ex-DG et 214 170 euros pour les ex-00N.

Nous vous invitons à télécharger en annexe à la présente dépêche, le PPT qui nous a été présenté lors de cette réunion.

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

VENREDI 12 NOVEMBRE 2010

FHP-MCO UNE COMMUNICATION DYNAMIQUE

ALBUM DE LA PROFESSION

Une deuxième série de portraits sera réalisée lors des Rencontres Annuelles de la profession les 18 et 19 novembre 2010 au CNIT Paris la Défense.

Nos deux journalistes, ainsi que la cellule communication de la FHP-MCO, vous attendent sur notre stand.

Alors, jouez le jeu avec nous et entrez vous aussi dans l'album de la profession.

En effet, 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, 43 d'entre vous se sont prêtés au jeu et ont accepté de démarrer cet album de famille qui a fait l'objet d'un DVD que vous avez tous reçu.

Vous pouvez également le découvrir sur le site de la FHP-MCO, rubrique « Connaître la profession ».

UN NOUVEAU SITE INTERNET

L'espace MCO sur le site Internet 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 des 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 film de 6 mn sur le tarif unique : Secteur public, secteur privé, un même métier, une même mission, un même tarif !
- Un clip muet de 2 mn : Deux minutes pour défendre le tarif unique.
- Un clip d'actualité de 3 mn : Où est passée notre enveloppe sociale ? (dans Connaître la profession).
- Un clip de 3 mn : Reporting du CA du 15 septembre 2010 en images. (dans Espace adhérents).

UN SITE DYNAMIQUE

Une plateforme de re « CRU » tement a été mise en ligne lors du premier Congrès des usagers le 14 septembre 2010, permettant de mettre en lien des établissements cherchant des représentants des usagers afin de siéger dans le CRU, et des associations proposant.

Un espace photo de cliniques MCO adhérentes : Envoyez-nous une photo de votre établissement afin de la publier à la une du site. Affichons nos établissements !

LUNDI 15 NOVEMBRE 2010

LOGICIEL DALIA

L'objet de cette dépêche est de vous informer de la mise à jour du logiciel DALIA téléchargeable sur le site de l'ATIH.

Dans le cadre de la préparation aux contrôles externes, le logiciel DALIA® (ATIH) est un outil d'aide à l'analyse intra établissement de la qualité des informations du PMSI dans les fichiers RSS.

Il reprend l'ensemble des tests du tableau DATIM disponibles sur la plateforme e-PMSI, analysés par les médecins contrôleurs, dans le but de détecter 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.

En effet, le logiciel DALIA pointe les numéros de dossiers en atypie, ce qui vous permet de retourner au dossier médical afin de comprendre le problème et d'ajuster ainsi le codage en cas d'anomalie avérée, et parfois même la facture si celle-ci n'a pas été transmise.

Le coût d'achat de ce logiciel est de 466€ HT. Pour vous le procurer il vous suffit de renvoyer 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.

Pour les établissements déjà utilisateurs du logiciel DALIA®, une mise à jour est téléchargeable sur le site de l'ATIH : http://download.atih.sante.fr/afficher.php?id_lot=699

Cette nouvelle version [2.0.5] prend en compte l'application de la CCAM v22, ainsi que les nouveaux tests présents sur DATIM depuis septembre 2010.

MERCREDI 17 NOVEMBRE 2010

GUIDE CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

Le groupe de travail de la FHP-MCO consacré aux contrôles T2A et sanctions financières, piloté par Pascal DELUBAC, a élaboré un « Guide Contrôles T2A et sanctions financières » qui a pour objectif de vous accompagner sur les plans juridique et organisationnel, dans le cadre des contrôles externes dont vous pouvez être l'objet.

Le guide complet vous sera adressé très prochainement dans un format papier, mais nous vous proposons d'en prendre connaissance dès à présent en consultant les fiches techniques en pj.

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

DÉPÊCHES

CHAPITRE II - DÉROULEMENT DU CONTRÔLE EXTERNE

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

CHAPITRE III - RÉPÉTITIONS D'INDUS

Fiche technique n°1. Cadre juridique des répétitions d'indus

Fiche technique n°2. Procédure des répétitions d'indus

Fiche technique n°3. Voies et moyens de recours en cas de notification d'indus

CHAPITRE IV - SANCTIONS FINANCIÈRES

Fiche technique n°1. Cadre juridique des sanctions financières

Fiche technique n°2. Procédure d'application des sanctions financières

Fiche technique n°3. Voies et moyens de recours en cas de notification d'une sanction financière

CHAPITRE V - PÉNALITÉS FINANCIÈRES

Fiche technique n°1. Cadre juridique des pénalités financières

Fiche technique n°2. Procédure d'application des pénalités financières et voies de recours

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

MERCREDI 17 NOVEMBRE 2010

REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS FACTURABLES EN SUS

Information relative à l'évolution des tarifs de responsabilité des spécialités pharmaceutiques Aranesp® et Eprex®.

Pour votre information, nous vous invitons à télécharger ci-dessous l'avis relatif à l'évolution des tarifs de responsabilité des spécialités médicales suivantes : Aranesp® et Eprex® qui s'appliqueront à compter du 31 décembre 2010.

Ces nouveaux tarifs de responsabilité sont égaux aux prix de vente hors taxes déclarés par les laboratoires exploitants majorés de la TVA.

Nous vous rappelons que le tarif de responsabilité est la base de remboursement des spécialités pharmaceutiques remboursables en sus des prestations d'hospitalisation.

Lorsque le prix de vente est inférieur au tarif de responsabilité, le remboursement par l'assurance maladie est égal à la somme du montant de la facture et de 50 % de l'écart entre le tarif de responsabilité et ce montant.

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

DÉPÊCHES

MERCREDI 17 NOVEMBRE 2010

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 9 NOVEMBRE 2010 EN 4 MNS !

En complément du procès verbal réalisé après chaque conseil d'administration, disponible sur demande auprès de <severine.defosse.mco@fhp.fr>, le syndicat vous propose une synthèse du CA en images. Vous êtes pressé(e) mais voulez suivre la vie de la profession et connaître les principales décisions prises par les administrateurs ? Ce format est fait pour vous !

MERCREDI 24 NOVEMBRE 2010

FACTURATION DU SUPPLÉMENT DE SURVEILLANCE CONTINUE

Appel à candidatures : Application du score TISS 28 au sein des USC du secteur privé.

Les règles entourant la facturation du supplément Surveillance continue (SRC), constituent depuis quelques années une réelle contrainte pour nos établissements, et apparaissent parfois inadéquates au regard des moyens mis en œuvre pour assurer une prise en charge de qualité.

La DGOS a exprimé le souhait, et nous le soutenons, de sortir des listes restrictives et non stables d'actes CCAM qui autorisent la facturation du SRC. Elle souhaite notamment l'élaboration d'un indicateur composite à horizon 2012-2013 et est à l'écoute des propositions des fédérations. Un groupe de travail devrait être mis en place au 1er trimestre 2011 à la DGOS.

Ainsi, la commission Réanimation – Surveillance continue- Soins intensifs de la FHP-MCO, pilotée par le Dr. Gilbert LEBLANC, et plus particulièrement le sous groupe de travail Surveillance Continue piloté par le Dr. Philippe TOURRAND, travaille depuis le début de l'année 2010 sur l'élaboration d'un nouvel indicateur composite permettant d'autoriser la facturation du supplément Surveillance continue, afin de le soumettre aux tutelles.

Le groupe de travail Surveillance Continue de la FHP-MCO s'est entouré des représentants de l'Association des Réanimateurs du Secteur Privé (ARDSP) et du Syndicat National des Anesthésistes-Réanimateurs de France (SNARF) afin d'élaborer cet indice.

La problématique soulevée par le groupe de travail s'est essentiellement portée sur l'évaluation de la charge en soins des patients chirurgicaux : Le TISS 28 (Therapeutic Intervention Scoring System 28 item), seul indicateur véritablement reconnu et validé dans la littérature, permet de quantifier et valoriser la charge en soins du personnel infirmier à travers 28 items. Le groupe de travail a procédé au test de cet indicateur au sein des établissements le composant (10 établissements). Cependant, afin de consolider les résultats et déterminer un score minimum qui serait discriminant pour l'ensemble des USC privées, nous vous sollicitons afin de participer à cette expérimentation qui consiste au recueil des scores TISS 28 sur 30 séjours chirurgicaux de votre USC.

- Si vous souhaitez participer à ce recueil, merci de contacter Virginie Dubos (01 53 83 56 57 / virginie.dubos.mco@fhp.fr). Nous vous invitons à consulter le site de la SFAR où vous trouverez les indications relatives aux différents items composant le TISS 28 : <http://www.sfar.org>

DÉPÊCHES

VENDREDI 26 NOVEMBRE 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 du Ministère de supprimer à nouveau des produits anticancéreux de la liste des produits facturables en sus en ne tenant pas compte de la perte des recettes « EMI » y étant rattachées sur deux autres molécules (Irinotécan et Gemcitabine au 1^{er} mars 2011), nous vous invitons : à une séance de travail le mercredi 8 décembre prochain de 14h30 à 17h30 à la FHP-MCO au 81 rue de Monceau à Paris 8^e.

L'objet est de compléter l'étude d'impact de cette nouvelle mesure sur la campagne tarifaire 2011 (suppression des produits de la liste en sus et des EMI), mais également de conduire :

- Une réflexion sur les coûts de la chimiothérapie, et plus largement de l'oncologie hors chirurgie oncologique et radiothérapie stricto sensu. Nous restons en effet persuadés que les GHS de chimiothérapie sont les seuls qui peuvent couvrir les charges spécifiques de la prise en charge des malades du cancer non couvertes pas les GHS ou les MIGAC (eux même très différents d'une région à l'autre.)
- Une réflexion sur les actions qu'il convient de continuer à mener et éventuellement sur de nouvelles initiatives.

À cette fin, vous trouverez en pièce jointe une grille reprenant l'approche méthodologique que nous avons arrêtée en commun au début de l'année.

- ▶ Je vous invite à confirmer votre présence auprès de Virginie CORMERAIS (virginy.cormerais.mco@fhp.fr).

VENDREDI 26 NOVEMBRE 2010

FORMATION À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) DANS LE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE PAR ÉPURATION EXTRARÉNALE.

Dans le cadre des autorisations d'ETP, le promoteur doit justifier que son équipe est, soit expérimentée, soit formée aux programmes d'ETP. La FHP Dialyse souligne l'intérêt stratégique majeur des Etablissements privés de dialyse de se positionner sur l'ETP. Elle a donc décidé de faire appel au BAQIMEHP pour dispenser une formation spécifique à l'activité dialyse. Cette formation ne peut se dérouler que si vous êtes au moins 15 participants. Nous souhaiterions savoir quels sont vos besoins de formation.

Deux cycles sont prévus, dont un qui sera organisé avant le mois de juin 2011.

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 être autorisés, les programmes d'ETP 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.

L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation

DÉPÊCHES

thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignement théorique et pratique pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme.

Ces compétences s'acquièrent dans le cadre, soit de la formation initiale ou du développement professionnel continu pour les professionnels de santé, soit par des actions de formation continue.

Au sein de l'équipe en charge du programme, un intervenant au moins doit justifier des compétences en ETP ou d'une expérience rapportée par écrit d'au moins deux ans dans un programme d'ETP.

La FHP Dialyse a donc sollicité le BAQIMEHP afin d'organiser une formation en ETP dont le contenu sera adapté aux spécificités de l'activité de dialyse. Cette formation ne peut se monter qu'avec l'inscription d'au moins 15 participants.

Merci donc aux établissements qui souhaitent participer à cette formation de se faire connaître rapidement auprès de Virginie DUBOS (virginie.dubos.mco@fhp.fr) directement ou via notre questionnaire ci-dessous.

Vous trouverez également en pièce jointe, pour information, le calendrier de dépôt des dossiers par régions ainsi que la fiche de synthèse de la procédure d'autorisation des programmes d'ETP.

LUNDI 29 NOVEMBRE 2010

PARTICIPATION AUX TRAVAUX ENCC

La mise en place de la tarification à l'activité depuis 2005 a constitué un changement très important pour les établissements de santé. Ce cadre repose notamment sur les principes suivants :

- **une classification des prestations communes (GHM) ;**
- **un financement de l'activité par des tarifs tout compris sauf les honoraires (GHS) ;**
- **un financement sous forme de dotation des missions ne pouvant être financées à l'activité (FAU, MIGAC,...).**

La logique de la construction tarifaire mise en œuvre par les tutelles conduit à la nécessité de disposer d'instruments permettant une mesure des coûts des établissements et d'identifier les facteurs de leur formation. C'est à cet effet qu'a été créée l'ENCC : l'Etude Nationale des Coûts à Méthodologie Commune. Elle a pour objectif de produire un référentiel afin de hiérarchiser les coûts des GHM et donc des tarifs.

En 2009, la FHP-MCO avait pris la décision de boycotter ces travaux. Ce mouvement a été largement suivi et a permis d'obtenir des avancées de la part de nos interlocuteurs. Le Conseil d'Administration FHP-MCO en date du 15 septembre 2010 a arrêté une position : « *Les membres du Conseil d'Administration FHP-MCO donnent mandat au Bureau et à son Président pour valider une participation aux travaux ENCC conduits sous l'égide de la DGOS et l'ATIH à compter du 1er Janvier 2011 dans les conditions suivantes.*

Un programme de travail sera défini et porté auprès de la DGOS et l'ATIH. Celui-ci comprendra :

- *Les recommandations issues des travaux internes de la FHP-MCO élaborées notamment avec le partenariat de KPMG,*
- *La construction d'une échelle commune de référence de coûts. »*

DÉPÊCHES

Depuis, nous avons œuvré pour obtenir un positionnement sans ambiguïté de la part des tutelles notamment sur nos demandes d'amendements méthodologiques. Nous avons reçu un engagement clair de la DGOS sur ce dossier : « C'est pourquoi, je suis en mesure de vous assurer du soutien de la DGOS pour qu'un examen attentif et une suite positive soient accordés aux propositions issues de l'étude KPMG. » (extrait de la lettre du 11 octobre 2010 signée par Madame Annie PODEUR, Directrice Générale)

Nous avons donc clairement une réponse favorable à nos demandes. Dès lors, il nous appartient de nous approprier pleinement cette démarche.

Dans ce cadre, la FHP-MCO souhaite augmenter le nombre de cliniques participant à l'ENCc afin de s'assurer d'une plus grande représentativité de l'échantillon.

Le 15 novembre dernier, nous avons obtenu de l'ATIH une augmentation de l'échantillon de 50 %, soit 22 établissements de plus, portant ainsi le nombre total d'établissements à 68.

Les travaux ENCc se déroulent en plusieurs étapes :

- Constitution d'un échantillon stable des d'établissements,
- Recueil des dépenses par établissement et utilisation d'une charte qualité pour le recueil des données,
- Supervision du recueil par l'équipe de l'ENCc, les superviseurs et l'équipe projet dédiée à cette enquête au sein de l'établissement,
- Relation avec l'établissement par une visite sur place, un audit et un renforcement de l'accompagnement,
- Validation et qualification des données par des contrôles lors de la sélection de l'établissement, du suivi de l'étude, de la cohérence des données, pour chaque établissement.

Les données sont ensuite utilisées au niveau central et au niveau de l'établissement. Pour l'ensemble des établissements, l'étude permet de réaliser le benchmarking, de développer des outils de pilotage, ainsi que d'anticiper les coûts liés à une nouvelle activité ou la création d'un nouveau service.

La participation à cette étude est subordonnée aux réponses à un questionnaire de l'ATIH portant sur la capacité de l'établissement à :

- effectuer le découpage analytique de l'intégralité des activités de l'établissement,
- affecter ses dépenses de personnel, de consommables médicaux, de sous-traitance médicale aux matériels et aux immobilisations médicales,
- affecter aux séjours MCO consommateurs, une série définie de charges au moyen de fichiers informatiques spécifiques (suivi d'inventaire permanent, dossier patient, gestion-éco...), et pour les établissements ayant comptabilisé une partie de leurs consommables médicaux en comptes de tiers, d'être en mesure au sein du RSF, de distinguer ceux-ci des consommables médicaux comptabilisés en charges,
- mesurer la totalité de la production par section d'analyse médico-technique et mixte à l'aide d'unités d'œuvre. La part des unités d'œuvre, produites pour le secteur d'hospitalisation MCO, doit être intégralement recueillie sur les séjours consommateurs,
- fournir pour certaines unités d'œuvre de logistique médicale un recueil spécifique (comme les M3 stérilisés ou les montants d'actif brut médical immobilisé),
- mettre à disposition un certain nombre d'indicateurs par champ d'activité.

Les établissements peuvent bénéficier d'un financement dans le cadre des Missions d'Intérêt Général (Article III : Actions Prise en Charge au titre des Missions Mentionnées de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale). Les cliniques privées avaient perçu en 2008 près de 1 560 844 euros au titre de « contribution

DÉPÊCHES

aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts ».

Par ailleurs, l'ATIH s'engage à fournir aux établissements participant un retour individualisé :

- Calcul du coût pour chaque séjour,
- Présentation des coûts de l'établissement sur la même forme que le référentiel avec les mêmes traitements statistiques,
- Information sur les séjours « atypiques »,
- Evolution des coûts/GHM depuis la campagne précédente (nouveau de cette année).

Celles et ceux d'entre vous qui souhaitent intégrer ces travaux sont invités à se faire connaître dans les meilleurs délais auprès de Thibault GEORGIN <thibault.georgin.mco@fhp.fr>.

Nous organiserons une réunion d'information à l'attention des établissements qui manifesteront un intérêt.

Pour vous aider à prendre une décision et afin d'évaluer votre capacité à agir sur ce dossier, vous trouverez ci-joint le questionnaire ATIH que vous voudrez bien retourner à l'attention de Thibault GEORGIN.

- ▶ Thibault GEORGIN et Thierry BECHU <thierry.bechu.mco@fhp.fr> sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

JEUDI 9 DÉCEMBRE 2010

VISITES DE CONFORMITÉ RELATIVES AUX AUTORISATIONS DE TRAITEMENT DU CANCER

L'objet est de faire un point sur les dossiers d'autorisations du traitement du cancer et en particulier sur la visite de conformité.

Les autorisations du traitement du cancer relevant des décrets du 21 mars 2007, ont été octroyées selon les régions entre le mois de mai et le mois de décembre 2009, sous réserve d'une mise en conformité avec les obligations réglementaires (les articles R.6123-86 à R.6123-94 du code de la santé publique, les critères d'agrément INCa généraux et propres à chaque activité et les articles D.6124-131 à D.6124-134 du code de la santé publique).

Ces exigences réglementaires vous seront opposables dans un délai de 18 mois suivant la notification par le directeur de votre ARH à l'époque, de la décision d'autorisation d'activité. Nous vous rappelons que la réglementation n'exige pas expressément le déroulement d'une visite de conformité pour des autorisations nouvelles, octroyées dans le cadre d'une poursuite d'activité.

Néanmoins, le Ministère de la santé, prévoit suivant la procédure applicable au régime d'autorisations d'activités de soins accordées aux établissements primo-demandeurs, que des visites de conformité se dérouleront pour l'activité de traitement du cancer, à l'issue de la période transitoire de 18 mois.

Il vous appartient donc de déclarer par une LRAR à la délégation territoriale de votre ARS, votre conformité aux normes techniques de fonctionnement (extension de l'application de l'art. R6122-37 du CSP) :

- soit bien avant l'échéance des 18 mois, dès que vous vous estimez à même de démontrer que vous répondez aux exigences réglementaires,

DÉPÊCHES

- soit à l'échéance des 18 mois (d'après la DGOS, jusqu'à J-1 au plus tard), date à laquelle vous respectez nécessairement les exigences réglementaires et où une date de visite de conformité doit donc être fixée avec votre ARS.

La visite de conformité, qui résulte d'après la DGOS de l'article 3 du décret n°2007-388 du 21 mars 2007 aura lieu dans un délai de 6 mois au plus, à compter de cette déclaration. (Extension de l'application de l'article L6122-4 du code de la santé publique).

Nous vous encourageons à vous rapprocher de vos délégations régionales de la FHP et de votre ARS afin de préparer de manière appropriée votre visite de conformité.

Concernant les activités soumises à un seuil, nous vous rappelons que le respect des seuils sera évalué sur l'activité des années pleines 2008, 2009 et 2010.

Une circulaire de la DGOS devrait en principe être publiée au Bulletin officiel dans le courant du mois de décembre. Cette circulaire devrait apporter des précisions d'ordre général sur le déroulement des visites de conformité depuis l'entrée en vigueur des dispositions de la loi HPST, ainsi que des précisions portant plus particulièrement sur les visites de conformité pour l'activité de traitement du cancer.

RÉGLEMENTATION AFFÉRENTE À LA MÉDECINE DU CANCER

- Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique.
 - Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
 - Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
 - Critères d'agrément adoptés par le Conseil d'administration de l'Institut National du Cancer le 20 décembre 2007.
 - Critères d'agrément pour la pratique du cancer des enfants et des adolescents de moins de 18 ans adoptés le 17 décembre 2008 et publiés sur le site de l'Institut national du Cancer.
- Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

MERCREDI 15 DÉCEMBRE 2010

QUESTIONNAIRE INSERM

Questionnaire INSERM : nous vous invitons à ne pas y répondre.

Plusieurs d'entre vous ont reçu de la part de COMPAQ-HPST un questionnaire à remplir dans l'objectif de rechercher la corrélation entre la présence ou l'absence des facteurs clés de la qualité et les résultats obtenus dans le cadre des indicateurs généralisés par la HAS sur la Tenue du Dossier Patient.

Vous trouverez, joint à cette dépêche, le courrier que j'ai adressé au Dr. Etienne MINVIELLE, responsable scientifique de cette action de recherche. Courrier aux termes desquels je lui fais connaître mon opposition de voir répondre les établissements concernés par cette enquête alors que notre syndicat FHP-MCO ne fut aucunement associé au questionnaire. En effet, si je ne mets aucunement en cause la validité méthodologique de cette action, voire même son intérêt pour notre secteur, je ne peux pas permettre de lui donner mon aval dans le contexte actuel, alors que nous ne pouvons que supposer que les résultats seront exploités pour ajouter de nouvelles dispositions réglementaires.

DÉPÊCHES

Vous avez à subir de multiples contraintes et pressions dans tous les domaines, notamment celui de la qualité et de la sécurité des soins, où vous devez répondre aux exigences de plus en plus fortes et plus nombreuses de la part de la DGOS, de la HAS et de votre ARS.

Comme vous le savez, je soutiens toute action qui nous permet de démontrer que l'hospitalisation privée délivre au meilleur coût, pour tous les patients, un service médical rendu de qualité. Mais je ne peux pas admettre que des études scientifiques qui, portées par les Pouvoirs Publics aboutiront forcément à des contraintes supplémentaires, vous conduisent, en particulier sur ce sujet, à devoir adopter des recommandations qui ne sont pas forcément les plus efficaces.

Aussi, toutes ces raisons me poussent à adopter une position radicale, celle, pour les établissements concernés, à ne pas répondre à ce questionnaire.

► Claude GUELDRY (claude.gueldry@baqimehp.com) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

MARDI 21 DÉCEMBRE 2010

CAMPAGNE TARIFAIRE 2010 : DOTATIONS MIGAC

Deuxième circulaire budgétaire N°DGOS/R1/DSS/2010/421 du 8 décembre 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 : Précisions sur les Dotations MIGAC.

La deuxième circulaire budgétaire relative à la campagne tarifaire 2010 vient d'être publiée. Elle apporte des précisions sur les conditions d'allocation des ressources supplémentaires adressées aux ARS. En Effet, il est alloué 260.70M€ supplémentaires aux régions, dont 241.75M€ intégrés dans les dotations MIGAC. Si la majorité de ces ressources supplémentaires sont à destination des établissements publics, les établissements privés sont susceptibles de se positionner sur deux d'entre eux :

- Le financement de l'Education Thérapeutique : 1.35M€ de dotations MIG supplémentaires ont été réparties dans chaque région, au titre de la MIG Maladie Chronique – ETP, en fonction de la population. Nous vous rappelons notamment le guide de contractualisation des MIGAC, l'allocation de la MIG Éducation Thérapeutique concerne uniquement les programmes d'éducation thérapeutique développés sur un mode ambulatoire. Les activités d'éducation assurées au cours d'une hospitalisation sont couvertes par les tarifs de GHS et n'entrent pas dans le champ de la MIG. (Nous vous invitons à télécharger ci-dessous le guide de contractualisation des MIGAC v2008).

Nous vous invitons d'autre part à re-télécharger la circulaire relative aux conditions d'autorisation et de financement des programmes d'ETP validée par le CNP le 8 octobre 2010 et transmise aux directeurs des ARS qui précise les caractéristiques des programmes d'ETP à privilégier pour l'octroi du financement.

DÉPÊCHES

- Le Financement de l'ENCC MCO et HAD : concernant le champ MCO, la circulaire délègue la part fixe au titre de la participation à l'ENCC 2009, et la part variable restant due au titre de l'année 2008. Cependant, nous attirons votre attention sur le fait qu'il est demandé aux ARS de procéder à la récupération des crédits de la part fixe 2008 qui auraient été versés aux établissements qui ont « abandonnés » l'étude EN 2009.

Concernant le champ HAD, la circulaire délègue la part fixe relative à la participation 2010.

Une troisième circulaire budgétaire relative à la campagne budgétaire 2010, sera publiée avant la fin de l'année 2010, et sera essentiellement destinée aux financements des projets retenus dans le cadre du plan Hôpital 2012.

JEUDI 23 DÉCEMBRE 2010

TARIFICATION 2011 - FONCTION GROUPE 13

Mise à disposition de la Fonction Groupe MCO applicable au 1^{er} mars 2011.

L'ATIH vient de mettre en ligne sur son site internet le prototype de la fonction groupe 13 (fg13.11c) applicable au 1^{er} mars 2011.

Deux fichiers contenant la déclaration de la fonction groupe 13 et la description de ses paramètres d'entrée et de sortie ainsi que du code retour sont mis à votre disposition sur le lien suivant : <http://www.atih.sante.fr>.

Nous vous invitons à prendre connaissance de ce prototype en attendant la diffusion des sources de la fonction groupe 13.

MARDI 4 JANVIER 2011

JAB 2011 - JOURNÉE NATIONALE AMBULATOIRE

Invitation à participer à la JAB 2011 - Journée Nationale Ambulatoire

« Chirurgie ambulatoire : Nouvelles règles, nouvelles frontières »

Organisée par l'AFCA - l'Association française de chirurgie ambulatoire

le 13 janvier 2011. 17, rue de l'Aubrac – 75012 Paris.

Aujourd'hui, le retard français en termes de développement de la chirurgie ambulatoire est confirmé. En 2009, le taux d'ambulatoire, si l'on prend l'ensemble des interventions chirurgicales, était de 35 %, avec une avance du secteur privé commercial (44 %) et un retard des secteurs public et Espic (24 %).

Même ce chiffre de 44 % reste toujours en-deçà des autres pays. Aux États-Unis, la chirurgie ambulatoire s'est développée à 83 %, en Grande-Bretagne à 79 %, dans les pays nord-européens on approche les 70 %, et le Portugal vient de nous dépasser depuis quelques mois puisqu'il est à 45 % de développement de chirurgie ambulatoire. Nous sommes aujourd'hui le dernier pays de l'OCDE à avoir développé la chirurgie ambulatoire.

Quel est le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire en France ?

Les enjeux pour nos organisations sont très importants et impliquent un changement de paradigme. Dans ce cadre, nous vous invitons à participer à cette journée organisée par l'AFCA le 13 janvier prochain.

MARDI 4 JANVIER 2011

PARTICIPATION AUX TRAVAUX ENCC**Travaux ENCC - Réunion d'information le 12 janvier 2011 de 14h30 à 17h30.**

La dépêche du 29 novembre dernier vous invitait à être candidat aux travaux ENCC. Certains d'entre vous ont déjà manifesté un grand intérêt, d'autres s'interrogent encore sur l'opportunité d'y participer.

Comme annoncé, afin de finaliser votre prise de décision et d'évaluer votre capacité à intégrer l'ENCC, nous vous invitons à une réunion d'informations et d'échanges le 12 janvier 2011 de 14h30 à 17h30 au 81, rue de Monceau, Paris 8e. Le déroulé de la réunion sera le suivant :

- Grands principes de l'ENCC : Antoine GOELAU, Consultant Senior KPMG qui nous accompagne dans ce dossier.
- Mise en œuvre pratique de l'ENCC : Présentation par des établissements expérimentateurs.
- Echanges, débats.

Pour votre bonne information, des avancées ont déjà été obtenues sur ce dossier. Le 15 novembre dernier, la FHP-MCO a obtenu de l'ATIH une augmentation de l'échantillon de 50 %, soit 22 établissements de plus, portant ainsi à 68 le nombre total d'établissements participant à l'ENCC.

Depuis quelques jours, nous avons d'autres propositions à l'étude sur nos demandes de modifications méthodologiques que nous portons notamment sur les conditions de la prise en compte de la rémunération du capital.

- ▶ Thibault GEORGIN <thibault.georgin.mco@fhp.fr> et Thierry BECHU <thierry.bechu.mco@fhp.fr> sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. Afin d'organiser au mieux cette réunion, je vous remercie de bien vouloir confirmer votre présence auprès de Virginie CORMERAIS <virginie.cormerais.mco@fhp.fr>.

VENDREDI 7 JANVIER 2011

ENQUÊTES TÉLÉPHONIQUES ANNUELLES DE SATISFACTION DES PATIENTS

Le ministère de la Santé généralise à compter de 2011 un indicateur de résultats qui consiste à mesurer la satisfaction des patients hospitalisés au sein des établissements ayant une activité MCO.

La note d'instruction N° DGOS/PF2/2010/449 du 21 décembre 2010 présente les modalités techniques de cette enquête annuelle.

Elle est réalisée par téléphone par un institut de sondage sélectionné par l'établissement de santé, auprès des 120 patients tirés au sort, ayant terminé leur hospitalisation depuis plus de 15 jours. Le Ministère informe que le financement de l'enquête sera entièrement supporté par les établissements. L'enquête vient, par ailleurs, se superposer au questionnaire de sortie qui reste maintenu.

Cette note complète une précédente note d'information du 7 septembre 2010 relative à la généralisation de l'indicateur à laquelle la FHP-MCO a réagi en adressant un courrier (co-signé par la FHF, la FEHAP et la FNEHAD à la DGOS) dénonçant auprès de madame Annie PODEUR l'absence totale de concertation des

DÉPÊCHES

fédérations et contestant la ligne de dépenses nouvelles qui est ainsi créée. La FHP-MCO revendique un financement pour accompagner les établissements dans cette démarche. Notre courrier est resté à ce jour sans réponse.

La FHP-MCO est donc actuellement en cours de discussion avec la DGOS sur les modalités de mise en place de cet indicateur. Le sujet est d'autant plus sensible qu'à compter de 2012 le défaut de publication des résultats de l'indicateur de satisfaction patients hospitalisés sera soumis à sanctions financières.

Aussi, je vous demande de surseoir à toute action concernant cet indicateur pendant un mois.

Nous reviendrons vers vous pour vous tenir informés de l'avancée de ce dossier.

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

VENDREDI 7 JANVIER 2011

NOTICE TECHNIQUE ATIH : NOUVEAUTÉS CLASSIFICATION V11 AU 1^{ER} MARS 2011

Mise en ligne sur le site Internet de l'ATIH d'une notice technique relative aux nouveautés PMSI 2011.

Au 1er mars 2011, la version 11v (v11c) de la classification des GHM entrera en application, nous vous invitons donc à télécharger et étudier dès à présent cette notice technique. Les modifications principales concernent la mise à jour des CMA et les activités suivantes :

LES MATERNITÉS :

- Lactarium : Un nouveau code Cim-10 créé par l'ATIH devra être indiqué dans le rss du nouveau né pour identifier ceux qui bénéficient d'un lait provenant d'un lactarium.
- Morts nés : L'obligation de production d'un RSS pour les enfants nés sans vie et les produits de l'Interruption médicale de Grossesse avant 22 semaines mis en place l'an dernier est supprimé. D'autre part le codage du résultat de l'accouchement devra être affiné afin de distinguer les enfants morts nés qui résultent d'une IMG.
- Accouchements avant l'admission dans un établissement : Affinement du codage pour distinguer ces accouchements.
- CMD 14 et 15 (obstétrique et nouveaux nés) : Contrairement à ce qui était prévu, aucune modification de la CMD 14 en 2011. Les deux nouvelles classifications de CMD seront implémentées simultanément en 2012.

Cette décision fait suite à nos interventions répétées auprès des tutelles depuis de nombreux mois, avec le soutien de la FEHAP, afin d'une part de stabiliser la classification V11 et, d'autre part, d'avoir une logique métier lorsque la classification fait l'objet d'une évolution. En l'espèce ici, la CMD 14 (accouchements) et la CMD 15 (bébés) sont à notre sens indissociables.

CHIRURGIE CARDIAQUE ET CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE :

- Traitements des troubles du rythme cardiaque : Deux racines décrivent désormais cette activité (05K19 et 05K20) afin de distinguer les traitements majeurs de troubles du rythme antérieurement financés par GHS majoré.
- Valves Aortiques percutanées : Modification de la fonction groupage pour rectifier l'anomalie générée dans les cas de pose de valve associée à un autre acte de chirurgie.

DÉPÊCHES

RADIOTHÉRAPIE :

Les centres privés libéraux de radiothérapie, continueront au 1er mars 2011 de facturer leur activité sur la base de la CCAM, ils devront néanmoins produire des RSS et RSP (standardisé de préparation : lorsque la préparation n'est pas suivie d'une irradiation). Une notice technique ATIH spécifique indiquera les modalités de codage.

INNOVATION :

Identification des actes, produits et prestations innovants : Mise en place d'une nouvelle variable dans le RUM intitulée « Innovation » afin de repérer au sein des GHM produits « les prises en charges pour lesquelles un patient aura bénéficié d'un produit ou acte à caractère innovant ». L'ATIH précise que cette variable n'aura aucune influence sur la rémunération du GHM produit. Des consignes de codages plus précises sont attendues.

Mise à jour des CMA :

Nous vous invitons à télécharger la liste des CMA modifiées à partir de l'analyse des données PMSI 2007-2009 ainsi :

- 143 codes CIM-10 sont ajoutés à la liste des CMA dont 30 reclassés dans des niveaux de sévérité 3 et 4
- 683 codes CMA de niveau 2 en v11b sont déclassés en niveau 1
- 105 codes CMA de niveau 2 en v11b sont reclassés en niveau de sévérité supérieur (3 et 4)
- 301 codes CMA de niveau 3 en v11b sont déclassés en niveau 2
- 301 codes CMA de niveau 3 en v11b sont reclassés en niveau 4
- 41 codes CMA de niveau 4 en v11b sont déclassés en niveau 3

Pour vous faciliter l'identification de ces modifications un onglet « aide lecture » a été ajouté par nos soins pour identifier les codes CIM-10 concernés.

N'hésitez pas à nous faire remonter vos remarques.

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

LUNDI 10 JANVIER 2011

MISE À DISPOSITION DU PUBLIC DES INDICATEURS QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS ET RÉSULTATS 2010

Vient de paraître au JO du 5 janvier 2011 le nouvel arrêté qui, daté du 28 décembre 2010 fixe, pour l'année 2011, les conditions dans lesquelles les établissements de santé doivent mettre à disposition du public les résultats publiés des indicateurs qualité et sécurité des soins.

LES DÉLAIS DE MISE À DISPOSITION.

Ils sont identiques à ceux de l'an dernier, les établissements ayant 2 mois dès la publication des résultats sur le site PLATINES : //www.platines.sante.gouv.fr. Cette publication avait eu lieu l'an dernier le 21 juin.

DÉPÊCHES

LA LISTE DES INDICATEURS DEVANT ÊTRE MIS À DISPOSITION.

Ils sont cette année au nombre de 12 contre 10 l'an dernier, à savoir :

Pour les indicateurs issus du Tableau de Bord des Infections Nosocomiales :

- ICALIN
- ICSHA ≥ [1]
- SURVISO
- ICATB
- SARM
- Score Agrégé

L'indicateur SARM n'avait pas fait l'objet de publication en 2010.

Pour les indicateurs issus des dossiers patients (indicateurs HAS) :

- 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
- Prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë

L'indicateur Prise en charge médicamenteuse n'avait pas fait l'objet de publication en 2010. Pour cet indicateur ne seront publiés que les résultats relatifs aux prescriptions appropriées de :

- Aspirine/Clopidogrel
- Bêta-bloquant
- Statine
- Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

RÉSULTATS 2010

Les indicateurs issus du Tableau de Bord des Infections Nosocomiales :

Les résultats agrégés commentés, ci-dessous, sont issus du rapport national 2009 sur le TBIN publié en novembre 2010. Les résultats individuels obtenus par les établissements et qui ont permis ces calculs sont ceux qui seront publiés sur le site PLATINES en 2011 et qui devront être mis à disposition du Public.

Le Score agrégé

Une progression très importante est à constater entre 2008 et 2009 puisque :

- 82,1 % des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A en 2009 contre 42,2 % en 2008
- 75,6 % des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A contre 47,5 % en 2008

Les cliniques de plus de 100 lits gagnent une place en se situant désormais au 3^e rang après les CHR-CHU et les CLCC. Quant aux cliniques de moins de 100 lits, elles se situent avant les CH < 300 lits.

ICALIN

Cet indicateur continue de progresser puisque :

- 92 % des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A en 2009 contre 88,1 % en 2008
- 87,8 % des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A contre 81,1 % en 2008

Ce sont les cliniques de plus de 100 lits qui sont au 1^{er} rang. Les cliniques de moins de 100 lits sont au 4^e rang, devant les CHR-CHU et les CH < 300 lits.

DÉPÊCHES

ICSHA

C'est la progression la plus importante, puisque :

- 82,4 % des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A en 2009 contre 33,9 % en 2008
- 75,9 % des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A contre 42,5 % en 2008

Les cliniques de plus de 100 lits se situent juste après les CLCC et les CHR-CHU, et celles de moins de 100 lits avant les CH de plus et de moins de 300 lits.

ICATB

Là encore on note une progression puisque :

- 66,4 % des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A en 2009 contre 54,4 % en 2008
- 55,9 % des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A contre 45,2 % en 2008

Les cliniques de plus de 100 lits se situent au 3^{ème} rang, après les CLCC et les CHR-CHU, les cliniques de moins de 100, quant à elles, précèdent les CH < 300 lits.

SURVISO

Cet indicateur ne fait pas l'objet d'un classement et d'une publication par type d'établissement.

SARM

La médiane pour les cliniques de plus de 100 lits se situe à 0,38. Les résultats démontrent que ce sont elles, à l'exception de la catégorie SSR, qui ont le nombre de prélèvements à visée diagnostique positif à staphylocoque résistant à la métilcilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2007-2009, le moins important.

Pour les cliniques de moins de 100 lits, le taux n'a pas pu être calculé pour différentes raisons : soit elles étaient non concernées soit les données étaient insuffisantes.

Les indicateurs issus des dossiers patients

Les résultats agrégés connus sont ceux obtenus sur les dossiers 2009 et dont les résultats individuels ont été publiés en 2010. En effet, les données 2010 en cours de recueil seront connues et publiés en 2011.

Dans notre dépêche du 12 juillet dernier, nous vous avons commenté, sur la base de la Fiche Technique n°33 établie par le BAQIMEHP, les résultats obtenus dans le cadre du second recueil et qui avait fait l'objet d'une publication nationale. D'importants progrès avaient été faits mais insuffisants pour atteindre la valeur seuil fixée à 80 % pour :

- Tenue du Dossier Patient
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
- Traçabilité de l'Evaluation de la Douleur

En revanche, cette valeur était supérieure pour le Dépistage des Troubles Nutritionnels puisque la moyenne nationale pour notre secteur était de 83 %.

Rappelons que pour la tenue du Dossier Anesthésique, aucune valeur seuil n'avait été fixée.

Pour ce qui est de la Prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde, après la phase aiguë, les résultats 2010 ont été les suivants pour les prescriptions appropriées de :

DÉPÊCHES

Aspirine/Clopidogrel :

- Moyenne nationale tous secteurs confondus : 96 %
- Moyenne nationale secteur privé : 94 %

Bêta-bloquant

- Moyenne nationale tous secteurs confondus : 89 %
- Moyenne nationale secteur privé : 85 %

Statine

- Moyenne nationale tous secteurs confondus : 90 %
- Moyenne nationale secteur privé : 88 %

Pour les prescriptions appropriées d'inhibiteur de l'enzyme de conversion, il est à noter que tous les établissements ayant un nombre de dossiers inférieur ou égal à 30, il ne peut y avoir de référence nationale.

Les très bons résultats concernant les trois premiers types de prescriptions ont fait conclure à la HAS, dans son analyse descriptive des résultats agrégés, qu'il existait une faible marge d'amélioration, ce qui nous permet de conclure que le niveau requis est atteint.

Nous sommes bien entendu à votre disposition et nous vous demandons de nous faire remonter toutes les difficultés que vous rencontrerez. Concernant les questions techniques, Claude GUELDRY <claud.gueldry@baqimehp.com>, directrice du BAQIMEHP, est à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

[1] Afin de ne pas pénaliser les établissements classés en C, classe trop étendue (30 à 70 % de l'objectif personnalisé) et connaissant une forte progression, une progression linéaire des classes avec de nouvelles limites - 20 %-40 %-60 %-80 % de l'objectif, sera adoptée.

VENDREDI 14 JANVIER 2011

CHIRURGIE AMBULATOIRE : PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT ET DÉMARCHE DE GESTION DU RISQUE

Publication de la circulaire Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative au développement de la chirurgie ambulatoire.

Phasage proposé pour l'année 2011 de la démarche GDR en région.

Le développement de la chirurgie ambulatoire constitue une priorité nationale et l'un des 10 programmes prioritaires de la gestion du risque (GDR) pour les années 2010-2012.

Elle s'inscrit dans les enjeux organisationnels des SROS-PRS (2011-2016) en tant qu'alternative à l'hospitalisation complète et représente « un véritable saut qualitatif de la prise en charge. »

La DGOS souhaite étendre ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant ainsi la référence.

Dans ce cadre, le DGOS prévoit de mettre en place un indicateur global portant sur le taux de chirurgie ambulatoire, en faisant évoluer l'indicateur existant dans les CPOM État/ARS, permettant de cibler l'ensemble de l'activité de chirurgie, indicateur qu'il conviendra d'appréhender en lien avec des données relatives à la qualité des soins pour tenir compte des particularités de chacune des spécialités chirurgicales.

Ce développement suppose la déclinaison des objectifs du programme de GDR (gestion du risque) correspondant, ainsi que la réalisation d'un état des lieux détaillé, préalable à une deuxième phase de déploiement en région, avec la perspective d'objectifs nationaux quantifiés.

DÉPÊCHES

Le programme GDR chirurgie ambulatoire en région vise à :

- Développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble,
- Structurer une offre de chirurgie ambulatoire cohérente au niveau des territoires de santé,
- Développer la qualité et l'efficience des soins de chirurgie ambulatoire.

Cette démarche sera appuyée au niveau national par :

- La poursuite et l'intensification des mesures d'incitations tarifaires au développement de la chirurgie ambulatoire,
- Une réflexion sur le développement des centres de chirurgie ambulatoire « exclusive ».

Le phasage proposé pour l'année 2011 de la démarche GDR en région est à mener en plusieurs temps :

- Poursuite de la mise sous accord préalable des établissements de santé en lien avec l'Assurance maladie, sur la base des 17 actes marqueurs préalablement définis,
- Réalisation d'un état des lieux et d'un diagnostic partagé, notamment avec les représentants des fédérations et conférences hospitalières, de la chirurgie ambulatoire en région et élaboration d'un document de synthèse. La production de ces éléments constituant le premier objectif fixé au niveau régional pour le GDR,
- Elaboration d'un plan d'action régional relatif au développement de la chirurgie ambulatoire dans son ensemble.

L'état des lieux se fera en deux étapes :

- Une partie quantitative basée sur des séries d'indicateurs statistiques, déclinés en différents échelons géographiques et secteurs d'activités. Les séjours de chirurgie ambulatoire seront comptabilisés en C et en o jour et les pratiques émergentes en C, o jour et non classés dans des GHM en J. L'objectif est de quantifier le recours populationnel, le suivi du développement global, l'offre de soin, le suivi des politiques incitatives, des pratiques émergentes, le volume d'activité et de substitution, les modes de sorties, l'offre de soins, la fuite et l'attractivité pour la chirurgie ambulatoire.
 - Une partie qualitative plus générale relative à la qualité et la sécurité des soins, à l'organisation de la prise en charge, aux actions de formation et d'information. Il s'agira notamment d'évaluer la qualité de la prise en charge en chirurgie et chirurgie ambulatoire (par l'utilisation des indicateurs SURVISO, de tenue du dossier d'anesthésie et de traçabilité de l'évaluation de la douleur), d'expérimenter des indicateurs spécifiques à la chirurgie ambulatoire (COMPAQH-HPST et CLARTE cofinancés DGOS/HAS, ainsi que le projet européen Day Surgery Data Project [DSDP]), et enfin d'évaluer certains aspects qualitatifs non spécifiques à la chirurgie ambulatoire (certification, audit national sur la préparation cutanée, nombre de chirurgiens et d'anesthésistes « accrédités », bilans d'activité de lutte contre les infections nosocomiales.)
- Thibault GEORGIN <thibault.georgin.mco@fhp.fr> et Thierry BECHU <thierry.bechu.mco@fhp.fr> sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

DÉPÊCHES

MARDI 18 JANVIER 2011

8 MARS 2011 - JT FHP-MCO « ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ - UN DYNAMISME AU FÉMININ »

9h30 / 16h. Cercle National des Armées. 8 place saint Augustin - 75008 Paris.

En 2010 la FHP-MCO lançait un premier « 8 mars », une opportunité pour observer le secteur de la santé au travers du prisme de la femme. Cette journée thématique est désormais annuelle et vise à créer un nouvel espace d'échanges, de réflexion au cœur de notre profession et à permettre l'émergence de nouvelles perspectives et idées afin de renouveler l'approche de nos métiers et optimiser l'offre sanitaire. Le mardi 8 mars 2011 sera articulé autour de quatre grandes thématiques :

- Parité : le domaine des soins est-il en avance ou en danger ?
- Les femmes sont-elles l'espoir de la médecine préventive ?
- Même ma soeur ne me croit pas ! Les femmes vont-elles déminer les préjugés sur le secteur hospitalier privé ?
- Communication : y a-t'il une stratégie propre aux femmes ?

Cette journée rencontres, ouverte à tous, est éminemment transversale et concerne l'ensemble des établissements hospitaliers MCO, SSR, psychiatriques, EPAHP, HAD et leurs parties prenantes.

Une large place sera réservée aux échanges avec la salle à partir d'interventions introductives. Nous comptons comme l'an dernier sur votre présence active.

MERCREDI 19 JANVIER 2011

PROCÈS-VERBAL DE NOTRE 3^E ASSEMBLÉE GÉNÉRALE FHP-MCO

Veillez trouver ci-joint le Procès-verbal de notre 3^e assemblée générale FHP-MCO qui s'est tenue lors des Rencontres annuelles de la FHP le 18 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.

L'année 2011 sera une année de poursuite et de développement de nos efforts : dans notre volonté de porter des dossiers de défense de la profession structurés, au travers de notre stratégie affirmée de communication revendicative et de nos services aux adhérents.

VENDREDI 21 JANVIER 2011

CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

Compte-rendu de réunion à la CNAMTS le 16.12.2010 sur les contrôles T2A et les sanctions financières. Contenu des échanges entre les fédérations hospitalières et la CNAMTS sur ce même sujet.

A l'ordre du jour figuraient notamment les points suivants :

- sondage et représentativité du contrôle T2A,
- la campagne Contrôle T2A en HAD en 2009.

DÉPÊCHES

SONDAGE ET REPRÉSENTATIVITÉ DES CONTRÔLES T2A

Ce second document vous présente l'objet et la finalité des contrôles T2A du point de vue de l'assurance maladie, ainsi que les outils et la méthodologie suivie pour inclure les établissements de santé dans un programme de contrôle. Un exemple de méthodologie utilisée pour constituer un échantillon de dossiers représentatifs de l'activité contrôlée, et la méthodologie de calcul des sanctions financières, y sont par ailleurs décrits.

La méthodologie d'inclusion des établissements dans un programme de contrôle repose essentiellement sur les résultats de tests DATIM, de requêtes libres sur les résultats de contrôles antérieurs, ou encore les résultats de requêtes sur les bases de l'Assurance Maladie.

L'exemple d'échantillons « représentatifs » de l'activité contrôlée présenté dans ce document, est quant à lui, constitué selon une méthodologie aléatoire, qui n'est manifestement pas la seule utilisée par la CNAMTS.

Les contrôles T2A, constituent pour celle-ci, un moyen de repérer les atypies, d'identifier les anomalies, de mesurer les sommes indues et de « corriger l'hétérogénéité des pratiques de codage et de facturation pour réduire les biais de concurrence », afin qu'elle prenne en charge « le juste soin au juste coût ».

La CNAMTS estime que « l'efficacité du contrôle externe passe par des effets incitatifs aux changements de pratique de codage et de facturation » et que « seule l'introduction d'une mesure financière imposée sous forme de sanction est susceptible d'inciter à modifier des pratiques qui rémunèrent indûment des établissements commettant manquements et erreurs », ce que nous ne manquons pas de contester vigoureusement.

BILAN DE LA PREMIERE CAMPAGNE DE CONTROLES EXTERNES EN HAD

Une synthèse du déroulement de la première campagne de contrôle en HAD vous est ensuite présentée dans ce second document, avec un rappel du cadre juridique, une présentation des méthodes et des résultats du contrôle T2A en hospitalisation à domicile en 2009, et les enseignements qui doivent en être tirés par les structures concernées ainsi que par l'assurance maladie, compte tenu notamment des divergences d'analyse selon les médecins contrôleurs.

Les structures concernées ont été ciblées en raison de valeurs atypiques par rapport à la base nationale. Une proportion anormalement élevée de séquences de durée comprise entre 1 et 4 jours évoquant une probable survalorisation des prises en charge, une proportion anormalement élevée de certains modes de prise en charge principal (MPP) conduisant à des Groupes Homogènes de prise en charge les plus valorisés, ou encore des durées de séjours atypiques ont abouti à l'inclusion des 6 structures concernées dans cette première campagne de contrôle en HAD.

Celle-ci a mis en lumière un taux d'anomalie de codage très élevé (71 %) et des dossiers médicaux largement incomplets. Nous vous encourageons, une fois de plus, à veiller à la complétude et à la bonne tenue de vos dossiers d'hospitalisation.

CRÉATION DE DEUX GROUPES DE TRAVAIL

Enfin et surtout, l'assurance maladie a invité les fédérations hospitalières à participer à deux groupes de travail portant :

- d'une part sur les techniques d'échantillonnage du contrôle de la tarification à l'activité,
- et d'autre part sur les règles de codage et les référentiels en HAD.

DÉPÊCHES

Si notre objectif est d'aboutir à une modification de la réglementation relative aux contrôles T2A et aux sanctions financières, ce que nous n'avons pas manqué de rappeler lors de cette réunion, nous estimons indispensable de participer activement à ces travaux.

Le 3 février prochain se tiendra donc une première réunion sur ces sujets importants, à l'analyse desquels participeront ensuite les membres du Groupe de travail de la FHP-MCO consacré aux contrôles externes et aux sanctions financières.

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

VENDREDI 28 JANVIER 2011

FONCTION GROUPE MCO APPLICABLE AU 1^{ER} MARS 2011

L'ATIH vient de mettre en ligne sur son site internet les sources de la fonction groupage 13 (FG13.11c) applicable au 1^{er} mars 2011.

Il est cependant indiqué que « les GHS produits sont actuellement ceux de la campagne 2010, une mise à jour des tables en particulier la table « ghsinfo.tab », sera diffusée fin février lors de la publication de l'arrêté tarifaire. »

Nous vous invitons à prendre connaissance dès à présent de ces documents à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr>

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

MERCREDI 2 FÉVRIER 2011

SONDAGE EXPRESS : QUELLE CONFIANCE ?

Nous démarrons la réalisation de notre plateforme de propositions en vue des prochaines élections présidentielles.

Nous devons déterminer des tendances et dresser une photographie de la profession sur son niveau de satisfaction actuel vis-à-vis de notre système de santé et sur la confiance qu'elle accordera au gouvernement pour assurer la pérennité de ce même système. Un grand merci de répondre à ces deux questions.

- Êtes-vous satisfait de la politique de santé du gouvernement actuel ?
- Êtes-vous prêt à renouveler votre confiance à l'équipe gouvernementale et sa capacité, demain, à piloter de façon durable et responsable le système de santé ?

VENDREDI 4 FÉVRIER 2011

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Mise à jour de la check-list « Sécurité du Patient au Bloc Opératoire » et mise à disposition de check-lists complémentaires.

LES CHECK-LISTS OPPOSABLES

La Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire »

En juin 2009, la HAS publiait sur son site la Check-List « Sécurité du Patient au Bloc Opératoire », obligatoire pour tous les établissements à compter du 1er janvier 2010. La mise en place de cette mesure, évaluée au cours des premières visites de certification dans le cadre de sa version 2010, est à l'origine de cette nouvelle version V2011.

Les ajustements portent sur le fond et sur la forme pour prendre en compte ce premier retour d'expérience, rapporté autant par les établissements que les experts visiteurs. Ils portent sur :

- L'introduction de nouveaux critères :
 - Sur la phase qui précède l'induction anesthésique, « La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service/bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement),
 - Sur la phase qui précède l'incision « la préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement »
- La reformulation des critères qui ont été contestés :
 - Sur la phase qui précède l'induction anesthésique, remplacement de « risque allergique » par « allergie du patient »,
 - Sur la dernière phase, remplacement de « du signalement de dysfonctionnements matériels et des évènements indésirables » par « si des évènements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement/déclaration ? (si aucun évènement n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A »
- L'ajout de précisions :
 - Sur la phase qui précède l'incision, « l'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations en vigueur dans l'établissement »,
 - Sur la dernière phase, distinction est faite entre les décisions à noter en cas de non-conformité et l'émargement à faire apparaître. Important : Pour ce dernier point, la HAS précise dans le mode d'emploi de cette version 2011 qu'il appartient aux instances administratives et médicales de l'établissement de décider de l'exigence en termes d'émargement du document pour attester de la participation active de chacun au renseignement de cette check-list. Trois émargements sont proposés : chirurgien, Anesthésiste ou IADE, Coordonnateur check-list. Une procédure doit donc être rédigée pour cela comme le demande la check-list.

LA CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN ENDOSCOPIE DIGESTIVE »

Cette check-list est inchangée depuis sa parution en mai 2010. Elle est opposable dans le cadre de la certification uniquement pour les endoscopies digestives réalisées au sein du bloc opératoire.

DÉPÊCHES

LA NOUVELLE CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN ENDOSCOPIE BRONCHIQUE »

Cette nouvelle check-list vient d'être mise à disposition des établissements sur le site de la HAS. Sa structure est identique à celle qui concerne l'endoscopie digestive et les modalités de mise en œuvre sont également identiques. Ainsi, elle est opposable dans le cadre de la certification uniquement pour les endoscopies bronchiques réalisées au sein du bloc opératoire.

Dans la phase qui précède l'endoscopie, le contrôle porte sur les critères :

- l'identité du patient,
- le matériel nécessaire,
- le respect du jeun par le patient,
- la vérification croisée par l'équipe des points critiques que sont la présence : d'une allergie ; d'un risque de saignement ; la gestion des antiagrégants plaquettaires et/ou anticoagulants

Dans la phase qui suit l'endoscopie, le contrôle porte sur les critères :

- l'étiquetage des prélèvements ou pièces opératoires,
- les prescriptions pour les suites immédiates de l'endoscopie,
- la trace des décisions prises dans le cas d'un écart constaté sur un ou plusieurs points de contrôle.

Non opposables en dehors des blocs opératoires, ces deux check-lists visant à réduire les événements indésirables graves, il apparaît que l'usage de ces mesures de contrôles ultimes peut être utiles à la maîtrise du risque et nous ne pouvons qu'en recommander la mise en œuvre.

UNE CHECK-LIST NON OPPOSABLE

La Check-list « Pose d'un cathéter veineux central (CVC) ou autre dispositif vasculaire (DV) »

Cette nouvelle check-list vient d'être mise à disposition des établissements sur le site de la HAS.

Elle a été élaborée par la HAS, en association avec les différentes sociétés savantes et organisations professionnelles concernées : réanimation, anesthésie, néphrologie, hémato-cancérologie, nutrition parentérale, hygiène.

Sa structure est identique à celle qui concerne la sécurité du patient au bloc opératoire et les modalités de mise en œuvre sont décrites selon le même schéma dans le mode d'emploi associé. Il est précisé sur la check-list qu'elle n'est pas exhaustive d'autant qu'elle concerne différentes spécialités et les ajustements en internes sont donc encouragés. Ainsi, elle pourrait constituer un socle pour débiter et/ou améliorer les procédures en place, dans le cadre, par exemple d'une évaluation de pratique professionnelle (EPP).

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, Michèle BELLLOT du BAQIMEHP <michele.belliot@baqimehp.com> est à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

MARDI 8 FÉVRIER 2011

CANCÉROLOGIE - ENQUÊTE INCA SUR LE DISPOSITIF D'ANNONCE

Informations et position de la FHP-MCO sur l'enquête diligentée par l'INCA sur le Dispositif d'annonce.

Dans le cadre du Plan cancer 2009-2013 (action 19.1), l'Institut National du Cancer et la Ligue contre le cancer lancent une enquête réalisée par l'Institut BVA, portant sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades par rapport au dispositif d'annonce mis en place dans les établissements de santé autorisés à exercer l'activité de traitement du cancer.

Ceux d'entre vous qui font partie des 100 établissements de santé sélectionnés par tirage au sort pour participer à l'étude vont recevoir un courrier d'information de la part de l'INCA dans les jours qui viennent. Les coordonnées des médecins réalisant l'annonce du diagnostic de cancer vous seront demandées et un courrier leur sera également envoyé.

CALENDRIER PRÉVISIONNEL

L'accord des patients acceptant de participer à cette enquête sera recueilli entre février et mai 2011 lors de la consultation d'annonce du diagnostic de cancer par le médecin. Les patients seront contactés par l'Institut BVA pour être interrogés 30 à 45 jours après l'annonce. L'interrogation des patients, l'analyse et la restitution des résultats aux établissements concernés devraient avoir lieu de mars à octobre 2011.

DÉCISION COMMUNE DE LA FHP-MCO ET DE L'UNHPC

Comme vous le savez, nous dénonçons régulièrement la multiplication des enquêtes dont l'utilité n'est pas toujours établie. Nous réclamons aux pouvoirs publics une prise en compte et une rémunération du temps et de la mobilisation des moyens nécessaires pour y répondre, la première des missions des établissements de santé demeurant d'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Bien que nous ayons des réserves sur la méthode utilisée par l'INCA dans le cadre de cette enquête, nous avons choisi, de concert avec l'UNHPC, de ne pas nous opposer à son déroulement. Cette enquête peut en effet permettre de rationaliser et d'harmoniser au plan national l'évaluation du « dispositif d'annonce ». Cette harmonisation au plan national des critères d'évaluation des établissements autorisés, constitue en effet une de nos priorités pour les établissements autorisés à exercer l'activité de traitement du cancer.

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

DÉPÊCHES

MERCREDI 9 FÉVRIER 2011

PARITÉ HOMMES-FEMMES : OÙ EN EST-ON DANS LE SECTEUR DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE ?

En prévision de notre journée thématique du mardi 8 mars 2011 « Établissements de santé, un dynamisme au féminin » nous souhaitons faire une photographie de l'hospitalisation privée en matière de parité.

Quels postes sont occupés par des femmes dans votre établissement ?

Merci de prendre les 5 mns nécessaires pour répondre à nos questions (si possible directement dans le formulaire ci-dessous.) Les résultats seront présentés lors de notre conférence de presse fin février, et le 8 mars 2011.

VENDREDI 11 FÉVRIER 2011

CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

Synthèse de jurisprudence - Contrôles T2A - Mai 2010 à janvier 2011.

Deux synthèses de la jurisprudence relative aux contrôles externes de l'assurance maladie, vous vous ont été transmises les 5 mars et 16 juillet dernier.

En complément, vous trouverez annexée à la présente dépêche une nouvelle synthèse de la jurisprudence rendue notamment par la Cour de Cassation entre mai 2010 et janvier 2011.

La Cour a en effet rendu plusieurs arrêts ces derniers mois, portant sur l'application immédiate des règles de procédure, sur l'applicabilité de l'article L133-4 CSS modifié par la LFSS pour 2005 à des faits antérieurs à la parution de son décret d'application, sur l'obligation pour le juge de qualifier juridiquement les actes litigieux au regard des règles de facturation ainsi que sur la charge de la preuve en matière de répétitions d'indus.

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

VENDREDI 11 FÉVRIER 2011

REMONTÉE D'INFORMATIONS SUR LE MÉDICAMENT 2010

Acacias consultants sollicite les établissements pour une remontée d'informations sur le médicament en 2010. Cette enquête est obligatoire pour les établissements titulaires d'un CBUM, son manquement étant susceptible de sanctions financières.

Vous êtes nombreux à nous interroger sur le caractère obligatoire ou non de l'enquête « Remontée d'informations sur le médicament pour l'année 2010 » menée par la DREES par l'intermédiaire de Acacias Consultants.

Le Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBUM) prévoit l'informatisation du circuit du médicament dans le cadre de l'amélioration et de la sécurisation de ce circuit. A ce titre, la participation au recueil d'information sur le médicament peut entrer dans le cadre d'un contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations.

DÉPÊCHES

L'enquête « Acacias » qui a pour objet de recueillir les informations sur l'achat, la consommation et la rétrocession de médicaments dans les établissements de santé entre dans le cadre du CBUM.

L'établissement signataire du CBUM et qui ne respecte pas les stipulations de son contrat s'expose à des sanctions. L'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale prévoit que son remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

Vous êtes donc invités à répondre à cette enquête faute de quoi vous risqueriez de voir vos remboursements sécurité sociale sur le médicament diminués de 30 %.

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

VENDREDI 11 FÉVRIER 2011

ENQUÊTES TÉLÉPHONIQUES ANNUELLES DE SATISFACTION DES PATIENTS

Décision du Bureau FHP- MCO : Maintien de la position de boycott !

Comme vous le savez, la FHP-MCO, conjointement avec les autres fédérations, dénonce l'absence de concertation sur les modalités techniques des enquêtes téléphoniques de satisfaction des patients et conteste la création d'une ligne de dépense supplémentaire pour les établissements, sans aucune contrepartie.

Face au silence de la DGOS, la FHP-MCO a saisi le Conseil National de l'Ordre de médecins et la CNIL, afin de les interroger sur la conformité des modalités techniques de l'enquête téléphonique au respect du principe de confidentialité des données de santé.

La HAS a également été interrogée sur la superposition d'outils de mesure.

Nous avons reçu les réponses de la CNIL et du CNOM qui partagent notre avis sur le fait que ces modalités, définies de manière unilatérale par la DGOS, sont susceptibles de contrevenir aux droits des patients. Un COPIL doit se tenir avec la DGOS courant mars, la FHP-MCO a demandé à y participer.

Aussi, compte-tenu des imprécisions qui demeurent sur ces modalités et des doutes juridiques qui subsistent sur les risques d'atteintes aux droits des patients, la FHP MCO maintient sa position de boycott sur cet indicateur.

Vous êtes sans doute déjà sollicités par les instituts de sondage qui vous offrent leurs services, ou par votre ARS qui vous demande de remonter l'état d'avancement de votre démarche, vous devez savoir que cet indicateur n'est pour l'instant pas porté à la liste des indicateurs obligatoires pour l'année 2011.

Aussi, afin de se faire entendre, il est impératif que tous soutiennent cette action de boycott provisoire en ne sollicitant ou en ne répondant à aucun institut de sondage, avant consigne contraire.

Nous reviendrons vers vous sur ce dossier courant mars.

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

DÉPÊCHES

MARDI 15 FÉVRIER 2011

RÉSULTATS DES INDICATEURS IPAQSS 2009 – CLASSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

La HAS a mis en ligne en décembre 2010 son rapport sur « les Indicateurs de qualité généralisés MCO-SSR - Analyse descriptive des résultats 2009 ». L'analyse de ce rapport avait fait l'objet de la dépêche MCO du 10 janvier dernier. Or, la HAS vient de faire connaître que son Collège avait décidé de publier, ces semaines prochaines, en annexe de ce rapport, les résultats individuels de chacun des établissements organisés par classe.

Le classement est celui retenu dans le cadre de la certification, par référence à ce qui figure sur le site QUALHAS. Quatre classes sont ainsi définies selon que le résultat est supérieur (A), égal (B) ou inférieur (C) à la valeur seuil de 80 %. La dernière classe (D) regroupe les établissements « non répondants ». Le tableau ci-dessous retrace les correspondances.

Classe	référence QUALHAS	Réponse à l'élément d'appréciation dans la certification
Classe A	Classe +	oui
Classe B	Classe =	En grande partie
Classe C	Classe -	En partie
Classe D	Non répondant	Non

Ces résultats concernent les indicateurs suivants :

- Tenue du dossier patient,
- Évaluation de la douleur avec une échelle,
- Dépistage des troubles nutritionnels,
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.

Il est à noter que les résultats individuels de chaque établissement ont été mis en ligne, en juin 2010, sur le site Platines. L'atteinte du seuil (ou objectif cible) de 80 % se traduisant uniquement par un « OUI » ou un « NON ».

Nous sommes bien entendu à votre disposition et nous vous demandons de nous faire remonter toutes les difficultés que vous rencontrerez à Claude GUELDROY <claude.gueldroy@baqimehp.com>, directrice du BAQIMEHP. Pour ce qui concerne les difficultés techniques, le BAQIMEHP est à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

MERCREDI 16 FÉVRIER 2011

8 MARS 2011 - JT FHP-MCO

« ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ - UN DYNAMISME AU FÉMININ »

gh30 / 16h Cercle National des Armées. 8 place saint Augustin - 75008 Paris.

En 2010 la FHP-MCO lançait un premier « 8 mars » sur le thème « Manager une clinique au féminin ». Cette journée thématique est désormais annuelle et vise à créer un nouvel espace d'échanges et de réflexion au cœur de notre profession. Elle permet l'émergence de nouvelles perspectives et idées afin de renouveler l'approche de nos métiers et optimiser l'offre sanitaire.

DÉPÊCHES

Cette journée s'organise autour de quatre tables rondes.

- La parité homme/femme : le domaine de la santé est-il en avance ? Nombreuses dans les métiers de la santé, les femmes parviennent-elles à dépasser le plafond de verre et à s'imposer à des postes de responsabilité ? Combien de femmes tiennent les rênes des directions administratives, médicales des établissements de soins ? Résultats d'un sondage exclusif réalisé en février 2011 au sein de notre secteur privé MCO.
- La santé des femmes : état des lieux. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes mais leur exposition à la maladie est différente. Est-ce que l'offre de soin répond aujourd'hui à leurs attentes spécifiques ?
- Secteurs hospitaliers public et privé : les femmes dépassent les préjugés. Comment le dynamisme et la réserve d'idées des femmes peuvent réinventer le système et les métiers du soin ?
- Communication en santé : y a-t-il une stratégie propre aux femmes ? Aujourd'hui, les managers doivent communiquer tous les jours : quelles sont les nouvelles tendances de la communication au féminin ?

Cette journée de rencontres est ouverte à tous et gratuite (inscription obligatoire). Nous vous invitons à prendre connaissance du programme de la journée en PJ et à visionner le clip-bande annonce. Dans l'espoir de vous accueillir nombreuses et nombreux parmi nous le 8 mars prochain !

JEUDI 17 FÉVRIER 2011

LES « CHAT » POLITIQUES DE LA FHP-MCO

Une heure en direct avec le député-médecin Elie ABOUD. Le 1^{er} « chat » politique de la FHP-MCO aura lieu le mardi 22 février 2011 de 17h à 18h.

Nous vous invitons à poser vos questions à notre premier invité politique, en direct, sur le site internet de la FHP-MCO (www.fhp-mco.fr). C'est un nouveau rdv que nous vous proposerons régulièrement. Accroître le niveau de connaissance des décideurs en santé sur les enjeux de l'hospitalisation privée, en macro mais également en micro-économie, améliorer les échanges et favoriser la compréhension de chacun sont les buts de ces rencontres virtuelles grâce au « chat » en ligne. Concrètement : Elie ABOUD est dans les bureaux du syndicat et répond en live via notre plateforme « chat » aux questions que vous posterez en direct (sans mot de passe) ou préalablement envoyées à l'adresse : fhp-mco@fhp.fr. Nous sommes ensemble virtuellement pendant une heure.

Se connecter mardi 22 février entre 17h et 18h sur la page « Les mardis politiques » de notre site :

Nous vous espérons nombreux à dialoguer, sans langue de bois, avec notre premier invité le 22 février à 17h. Elie ABOUD est cardiologue, membre de la commission des affaires sociales et investi dans les questions de santé.

LUNDI 21 FÉVRIER 2011

PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Enquête DGOS sur la PDSES - Participation obligatoire et urgente de l'ensemble des établissements MCO.

Nous avons récemment été invités par la DGOS à faire part de nos remarques sur un projet d'enquête ayant vocation à faire un état des lieux de l'offre de soins potentiellement disponible pour participer à la Permanence des Soins en Établissement de santé, compte tenu de la modification du cadre juridique par la loi HPST.

Dans ce cadre nous avons alerté les pouvoirs publics, de concert avec la Conférence Nationale des Présidents de CME, d'une part sur la participation active des professionnels et des établissements de notre secteur à la mission de permanence des soins et, d'autre part, sur l'indispensable connaissance et prise en compte par les pouvoirs publics de l'offre de soins existante afin notamment d'élaborer un modèle de financement pérenne et adapté à l'ensemble des acteurs.

Cette enquête est désormais définitive et vient de nous être transmise. Vous la trouverez en pièce jointe.

ETABLISSEMENTS CONCERNÉS : L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS MCO

L'ensemble des établissements MCO publics et privés en sont destinataires.

Cette enquête est relative aux activités MCO tarifées à l'activité et éligibles à l'indemnisation par les crédits MIG –PDSE des lignes de garde et d'astreintes mobilisées à ce titre. Elle ne concerne donc que les professionnels médicaux et médicaux techniques de support prenant en charge de nouveaux malades dans le cadre de la Permanence de Soins.

ENQUÊTE OBLIGATOIRE QUI DEVRAIT PERMETTRE UN FINANCEMENT PAR MIG

Compte tenu de son objet, il est indispensable que vous y répondez de la manière la plus précise et la plus exhaustive possible, et cela dans votre intérêt, mais aussi celui de vos équipes médicales.

La loi HPST définit la permanence des soins comme une mission de service public. Dans l'attente de l'attribution des missions de service public de permanence des soins en établissement de santé après publication des SROS-PRS, cet état des lieux devrait permettre l'allocation et les éventuels redéploiements de crédits MIG (760 millions).

Cela suppose de vous organiser très rapidement pour cela.

CALENDRIER

Cette enquête a un double volet :

- 1) Sur l'année 2010 : données relatives à l'établissement et au recensement de manière exhaustive les lignes de garde et astreintes.
- 2) Les données d'activité devant être saisies portent sur la période allant du 1^{er} au 31 mars 2011 aux horaires de PDSES (ensemble des lignes de garde et astreintes).

En pratique, la saisie des données aura lieu du 14 au 15 avril 2011 grâce à une plateforme de l'ATIH dédiée à cet effet. [Plateforme « ANCRE »]

L'agrégation, l'analyse et la restitution des données auront lieu en mai 2011 « pour permettre de nourrir les travaux engagés en région sur ce thème ».

Une prochaine instruction qui devrait nous être transmise dans le cadre de la concertation viendra préciser les modalités de financement de la PDSE pour les établissements privés ex OQN.

Une fois le SROS-PRS arrêté et les missions de service public reconnues ou attribuées, cette enquête pourra être complétée.

DÉPÊCHES

Vous trouverez par ailleurs annexée à la présente dépêche une instruction rappelant le cadre juridique et les objectifs de cette enquête, ainsi qu'un Guide de remplissage de l'enquête.

Nous vous invitons à lire avec attention ces documents.

Afin de coordonner nos actions avec les praticiens libéraux, je rencontre dès cette semaine les représentants syndicaux.

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

MARDI 22 FÉVRIER 2011

QUESTIONNAIRE SUR LES SERVICES D'URGENCES PAR L'HEBDOMADAIRE L'EXPRESS

Nous avons été informés par les journalistes de l'hebdomadaire L'Express de leur souhait de conduire, dans les prochains jours, une enquête descriptive sur le fonctionnement des services d'urgences publics et privés.

Si ce questionnaire constitue indéniablement une charge de travail supplémentaire, il n'en demeure pas moins que cette étude sera réalisée et publiée.

Notre intérêt est de faire valoir notre savoir-faire en matière d'accueil et de prise en charge des urgences, trop souvent sous estimé voire, pire encore, ignoré.

Je vous encourage donc à y répondre afin de valoriser toute la place que l'Hospitalisation Privée occupe.

Par exemple, la grande majorité de nos concitoyens n'imagine pas que certains services d'urgences privés accueillent plus de 30.000 passages par an, et pour l'un d'entre eux, plus de 50.000.

- Thierry BECHU [thierry.bechu.mco@fhp.fr] est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

MERCREDI 23 FÉVRIER 2011

MISE EN ŒUVRE DE L'AUGMENTATION DU SEUIL D'APPLICATION DE LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 18€ SUR LES ACTES COÛTEUX

Dans le cadre de la maîtrise de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2011, le décret rehaussant le seuil d'application de la participation forfaitaire des assurés de 18 euros sur les actes coûteux de 91 euros à 120 euros vient d'être publié au Journal Officiel du 23 février 2011.

En effet, pour les actes dépassant un certains prix, le ticket modérateur laissé à la charge de l'assuré est remplacé par une participation forfaitaire de 18 euros. Ainsi le dit décret relève le montant à partir duquel s'applique cette participation forfaitaire. Ce sont désormais les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 euros et ceux affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 60.

DÉPÊCHES

Cependant, l'entrée en vigueur du décret étant immédiate (J+1), nous avons saisi les tutelles afin de les alerter sur l'impossibilité des acteurs à appliquer au 25 février 2011 les modifications induites par le dit décret.

En effet, deux aménagements sont nécessaires à l'application de ces modifications :

- D'une part, une modification des paramètres de facturation dans la chaîne de facturation des établissements,
- D'autre part, l'acceptation des factures (comprenant cette modification), émises par les établissements de santé privés, par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

Or, ni les sociétés de services en ingénierie informatique (SSII), ni les CPAM n'ont été informées de la date d'application de cette mesure.

Aussi, suite à notre saisie, il nous a été indiqué que la mise en œuvre technique de cette mesure s'appliquera au 1er mars 2011. Jusqu'à cette date, les factures peuvent continuer d'être émises avec une participation forfaitaire de 18€ pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 91 euros et ceux affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 50.

Les CPAM doivent être informées dans les meilleurs délais.

- ▶ Virginie Dubos (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute question complémentaire sur le sujet.

VENDREDI 25 FÉVRIER 2011

MANUEL DES GHM V11C ET GUIDE MÉTHODOLOGIQUE PMSI MCO 2011

Dans le cadre de l'évolution de la Classification des GHM et des modifications apportées dans la production des informations médicales en 2011, le manuel des GHM version 11c 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, applicables au 1er mars 2011, sont désormais disponibles sur le site de l'ATIH.

Concernant le guide méthodologique, les modifications intervenues par rapport à la version 2010 qui avaient été annoncées avec la publication de la notice technique ATIH du 30 décembre 2010 (cf. dépêche FHP-MCO du 7 janvier 2011) sont surlignées en jaunes.

L'ATIH, invite cependant les établissements à lui faire part des commentaires et questions sur le guide méthodologique, qui pourront être prises en compte. En effet, le document mis en ligne sur le site de l'ATIH est annoncé comme « document de travail » et c'est sa publication au Bulletin officiel qui constituera la version de référence.

Nous vous invitons donc à nous transmettre vos observations et questions afin que nous puissions les centraliser et les appuyer auprès de l'ATIH.

L'analyse des membres du groupe de travail « Évolution de la classification des GHM » de la FHP-MCO sera également transmise à l'ATIH.

- ▶ Virginie Dubos (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute question complémentaire sur le sujet.

DÉPÊCHES

LUNDI 28 FÉVRIER 2011

MODIFICATION DE LISTES EN SUS À COMPTER DU 1^{ER} MARS 2011

La liste de produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation évolue chaque année, notamment au moment de la mise en œuvre de la campagne tarifaire applicable au 1er mars. Leur suppression est effectuée en intégrant la valeur d'achat moyenne dans le forfait GHS. Deux arrêtés modifiant ces listes viennent d'être publiés au Journal Officiel du 22 et 24 février 2011.

Deux molécules onéreuses ont été supprimées de la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation : GEMCITABINE et IRINOTECAN.

Trois types de Défibrillateurs Cardiaques Implantables sont radiés de la liste des produits et prestations remboursables :

- le DCI simple chambre à fréquence asservie,
- le DCI double chambre à fréquence asservie,
- le DCI avec stimulation atrio-bi-ventriculaire pour resynchronisation dit « triple chambre ».

Nous vous invitons à prendre connaissance de ces modifications.

- ▶ Thibault GEORGIN (thibault.georgin.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

LUNDI 28 FÉVRIER 2011

PROGRAMME DE FORMATION DESTINÉ AUX PRÉSIDENTS DE CME

Le Bureau de la FHP-MCO a décidé de soutenir la Conférence Nationale des Présidents de Conférence Médicale de l'Hospitalisation Privée dans la mise en œuvre de leur programme de formation destiné notamment aux Présidents de CME.

En s'appuyant sur l'OGC et avec le concours de la prévention médicale de l'ACFM et de la CNPCMEHP, et avec le soutien du SYMHOP et de la FHP-MCO, sont organisées des journées de formation aux nouvelles missions des CME en matière de lutte contre les événements indésirables liés aux soins, et plus globalement, sur le rôle de la CME en matière de qualité et gestion des risques. Cette journée cible les présidents de CME et l'ensemble des médecins libéraux engagés dans la mission de gestion des risques. Le programme débute par quatre journées interrégionales : 16 avril à Nantes ; 14 mai à Lyon ; 21 mai à Montpellier ; 18 juin à Paris.

Ces formations se déroulent le samedi de 9h à 18h avec indemnisation à hauteur de 15CS, (possibilité de prise en charge au moins partielle des frais de déplacement. Groupe est limité à 25 personnes maximum par journée. Si cette formation, qui répond vraisemblablement à des besoins, trouve un écho important, d'autres pourront être organisées. Je vous invite à diffuser la plaquette présente sur le site de la FHP-MCO (<http://www.fhpmco.fr/>), à l'ensemble des vos praticiens libéraux.

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

MARDI 1 MARS 2011

ASSURANCE RCP DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Synthèse du rapport JOHANET.

L'inadéquation actuelle entre les contrats d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle et la réglementation afférente à la responsabilité civile médicale ainsi que les particularités de la sinistralité médicale met aujourd'hui les professionnels de santé libéraux dans une situation susceptible de conduire à de possibles « trous de garantie » d'assurance RCP. Ce problème a conduit les pouvoirs publics à confier à l'ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Gilles JOHANET, la mission de « définir les conditions et les modalités de mise en place, d'une part, d'un dispositif de mutualisation plus large par l'assurance de la responsabilité médicale permettant une amélioration des garanties et d'autre part, d'un dispositif de solidarité entre plusieurs professions de santé pour la prise en charge des primes ».

Le rapport récemment rendu public, propose 11 mesures répondant aux 5 axes de réformes suivants :

AXE 1 : METTRE FIN À L'EXPIRATION DE LA DURÉE DE GARANTIE

- 1. Étendre à l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés la limitation à 10 de la mise en jeu de la responsabilité introduite par les LFSS pour 2010 et 2011 aux seuls professionnels de la naissance.

AXE 2 : METTRE FIN À SON ÉPUISEMENT

- 2. Créer un pool réunissant tous les assureurs RCM opérant en France visant à couvrir les sinistres les plus élevés et relever le plancher réglementaire actuel (de 3M d'euros) à 5M d'euros par sinistre.
- 3. Mutualiser l'ensemble des professionnels de santé libéraux et conventionnés pour les sinistres supérieurs à 3 Millions, via la création d'une sur cotisation calculée en valeur et dotée d'un montant minimal.

AXE 3 : CLARIFIER LA SITUATION DE L'ASSURANCE RCM ET SON ÉVOLUTION

- 4. Instaurer l'autonomie comptable de l'assurance RCM, par rapport à l'assurance RC générale. Cette proposition est en cours d'analyse par la direction générale du Trésor.
- 5. Soumettre à expertise le provisionnement de chaque opérateur.
- 6. Confier à l'Observatoire des risques médicaux la tâche de redéfinir le contenu (objectifs et données) du rapport annuel de l'Autorité de contrôle prudentiel.

AXE 4 : AMÉLIORER LA PRÉVENTION DU RISQUE

- 7. Donner aux organismes agréés (OAA) dans le cadre de l'accréditation des médecins, accès aux expertises de sinistre ainsi qu'au chaînage des actes PMSI/SNIRAM.

AXE 5 : SÉCURISER LE PROCESSUS D'EXPERTISE MÉDICALE ET HARMONISER L'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX

- 8. Adopter les dispositions de la proposition de loi « Lefrand » concernant la RCM et portant sur l'expertise, l'adoption d'un barème médical unique et d'un barème unique de capitalisation des rentes.
- 9. Diffuser le référentiel indicatif de l'ONIAM auprès des juridictions civiles.
- 10. Rendre inopposable aux assureurs le contenu des déclarations des praticiens effectuées dans le cadre d'une médiation.
- 11. Étudier une redéfinition du champ de la responsabilité civile des professionnels de santé.

Une synthèse du rapport de M. Gilles JOHANET est annexée à la présente dépêche.

- Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute question complémentaire sur le sujet.

MERCREDI 2 MARS 2011

PUBLICATION DE L'ARRÊTÉ RELATIF À LA TARIFICATION 2011

L'Arrêté relatif à la tarification 2011 des établissements de santé privés MCO a été publié.

Une note synthétique de la réunion d'information organisée par la DGOS ce 2 mars 2011 vous sera adressée prochainement.

Nous avons saisi l'ATIH afin de disposer de la base PMSI 2009 regroupée en version V11c. À réception de celle-ci, des simulations internes seront réalisées par l'équipe de la FHP-MCO. La table tarifaire sera disponible sur le site de la CNAMTS <http://www.ameli.fr/> dès demain. Nous débattons lors du prochain Bureau du 9 mars 2011 des actions à conduire dans le cadre de cette campagne tarifaire 2011.

MERCREDI 2 MARS 2011

MISE EN LIGNE SUR LE SITE DE L'ATIH DE L'ÉTAT DES LIEUX RELATIF À LA CHIRURGIE AMBULATOIRE DEPUIS 2007

La France accuse un retard important de développement en chirurgie ambulatoire et aucune région n'échappe à ce constat. Pour accompagner les établissements au développement de la chirurgie ambulatoire, des politiques incitatives seront conduites dans les mois et années à venir.

L'ATIH a réalisé un état des lieux sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire depuis 2007. Il s'inscrit dans le cadre du programme « gestion des risques » (GDR), et fait suite à l'instruction de la DGOS datant du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : « perspectives de développement et démarche de gestion du risque ». « Cette analyse a donc pour seul objectif d'aider à identifier au niveau national et au sein de chaque région des gisements potentiels d'activité et d'orienter les efforts de développement vers les régions et établissements qui les détiennent. »

Pour la réalisation de cet état des lieux, plusieurs indicateurs ont été définis, permettant d'apporter un éclairage sur la situation actuelle.

Une évolution globale des pratiques depuis 2007 est ainsi analysée. Même s'il est constaté entre 2007 et 2009 une progression du taux global de chirurgie ambulatoire, cette progression reste modeste (+ 3,9 points sur 3 ans) et surtout très variable selon les régions (de + 2 points à + 8 points). L'ATIH met en libre accès le fichier qui présente les résultats pour chaque indicateur, déclinés par région et par catégorie d'établissement.

Enfin, sur le site SNATIH, il est possible d'accéder au portail de l'ATIH et de consulter les indicateurs :

- pour l'ensemble des entités d'une région (incluant les données détaillées de tous les territoires de santé et de tous les établissements de la région),
- par choix d'une entité (région, territoire de santé ou établissement).

DÉPÊCHES

Le prochain Bureau va travailler prochainement sur une plate-forme revendicative afin d'être force de propositions pour lever les freins au développement de la chirurgie ambulatoire.

- ▶ Thibault GEORGIN (thibault.georin.mco@fhp.fr) sont à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

JEUDI 3 MARS 2011

FACTURATION DES CHAMBRES PARTICULIÈRES EN AMBULATOIRE

Nous revendiquons depuis plusieurs années, la possibilité pour les établissements de facturer les chambres particulières pour les patients relevant d'une hospitalisation en ambulatoire.

Aussi, le décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé, paru au JO du 1^{er} mars 2011, autorise dans son article 1.4^o la facturation des chambres particulières en tant que catégorie de prestation pour exigence particulière du patient, sans fondement médical, dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans hébergement.

Pour rappel, dans le cadre de la facturation des prestations pour exigences particulières du patient (non prises en charge par les régimes obligatoires), l'établissement doit informer le patient du prix de ces prestations, pour lesquelles il établit une facture détaillée. (Article R162-32-2 du Code de la Sécurité Sociale)

Aussi, conformément au décret N°2011-218 du 28 février 2011, relatif à l'entrée en vigueur d'un décret et d'arrêtés, les dispositions relatives à la facturation des chambres particulières en ambulatoire s'appliquent à partir du mardi 1^{er} mars 2011.

- ▶ Virginie Dubos (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur ce sujet.

JEUDI 3 MARS 2011

PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Enquête DGOS sur la PDSSES - Participation obligatoire et urgente de l'ensemble des établissements MCO – Consigne Syndicale FHP-MCO.

Le 21 février dernier, nous vous avons informés d'une enquête de la DGOS sur la Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (dépêche du 21 février 2011). Nous souhaitons vous apporter trois précisions et vous inviter à appliquer une consigne syndicale :

- Vous trouverez en pièce jointe une nouvelle version de cette enquête : son contenu est identique, mais un dysfonctionnement du menu déroulant relatif aux spécialités concernées a été corrigé par le ministère, de manière à faciliter la saisie des données du mois de mars.
- Nous avons appris ce jour qu'une instruction complémentaire va être adressée pour « donner de la souplesse » au calendrier. Ainsi, les établissements doivent faire un recueil sur quatre semaines complètes, sur la période du 1^{er} mars au 21 avril 2011.

DÉPÊCHES

- Des compléments d'informations sont d'ores et déjà accessibles sur le forum ATIH, notamment sur les modalités de saisie de l'enquête. De plus, l'activité de la spécialité de médecine d'urgence (service d'urgences) est bien à recueillir, que cette activité soit ou non suivie d'une hospitalisation.
- Concernant la valorisation de l'activité de la PDESES, nous vous demandons de valoriser toute l'activité PDESES, y compris en journée, dans la case « du début de la plage à 20h ».
- Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute question complémentaire sur le sujet.

MERCREDI 9 MARS 2011

MAÎTRISE DES DÉPENSES DES PRODUITS DE SANTÉ INSCRITS SUR LISTE EN SUS

Instruction DSS/DGOS du 8 février 2011 relative à la diffusion, pour application, du guide méthodologique relatif à la contractualisation en application du dispositif de régulation. (maîtrise des produits de santé des listes en sus/ actions locales à conduire en 2011).

Une CIRCULAIRE N°DSS/FSS/DHOS/E2/SG/2009/180 du 16 juin 2009 relative aux actions locales à conduire (contrôle des contrats de bon usage, application du dispositif de régulation) pour la maîtrise des produits de santé des listes en sus, est venue préciser les modalités d'application de l'article 47-1 de la LFSS pour 2009.

Vous pouvez consulter la dépêche FHP-MCO du 13 juillet 2009 qui en faisait la présentation et décrivait notamment la procédure de sanction et son calendrier de mise en œuvre.

Le dispositif de régulation des dépenses introduit par l'article 47-1 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 comporte un volet de suivi préventif de l'évolution des dépenses de la liste en sus, établissement par établissement, en concertation avec les Omedit. Il comporte un volet « contractuel » entre l'établissement qui dépasse le taux prévu annuellement pour des raisons non médicalement justifiées.

Le refus d'un établissement de santé de s'engager dans ce plan d'action (« contrat ») qui peut lui être proposé en complément du CBUM, ainsi que le non respect des engagements pris, sont sanctionnés par une diminution du taux de remboursement à concurrence de 10 % par l'ARS.

Nous vous alertons aujourd'hui sur la parution d'une instruction DSS-DGOS du 8 février 2011 à laquelle est annexé un guide méthodologique visant à faciliter la mise en œuvre de ce processus de régulation, qui concernera au moins 10 % des établissements de santé de chaque région.

Ce guide comporte notamment une description de la méthodologie de ciblage des établissements considérés comme « gros prescripteurs » à l'échelon régional, ainsi qu'un plan d'action (contrat) type d'engagement dans le plan d'action pour ceux au sein desquels les pratiques de prescription s'avéraient non-conformes aux référentiels et aux recommandations de la HAS, de l'INCA et de l'AFSSAPS.

De nombreuses stipulations de ce contrat-type nous semblent contestables, dans la mesure où elles imposent aux établissements de santé de s'engager à atteindre

DÉPÊCHES

des objectifs relevant de la compétence et de la responsabilité des médecins exerçant en leur sein. Nous reviendrons vers vous prochainement pour vous apporter de plus amples précisions sur ces éléments contestables après études juridiques complémentaires.

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

JEUDI 10 MARS 2011

ENQUÊTE DGOS SUR LA PDESES

Enquête DGOS sur la PDESES - Participation obligatoire et urgente de l'ensemble des établissements MCO Consigne Syndicale FHP-MCO suite de la réunion DGOS du 9 mars 2011.

Le 21 février et le 3 mars 2011, nous vous avons informés d'une enquête de la DGOS sur la Permanence Des Soins en Etablissements de Santé et d'une instruction complémentaire pour « donner de la souplesse » au calendrier.

Depuis, suite à une réaction de la FHF et de la conférence des directeurs d'hôpitaux, une information a été communiquée aux ARS, dernièrement concernant le « gel » de la saisie du volet 3 de l'enquête portant sur l'activité. Dans ce cadre, une réunion exceptionnelle a été organisée ce 9 mars 2011 en présence de toutes les fédérations hospitalières, des syndicats médicaux libéraux et des syndicats médicaux hospitaliers.

Durant cette réunion nous nous sommes fortement opposés, avec nos partenaires médecins libéraux et la FEHAP au gel de ce Volet 3 et ce, en opposition aux instances hospitalières publiques, dont la FHF, qui craignent bien évidemment et à juste titre des redistributions des financements entre les régions, mais aussi entre les établissements des secteurs public et privé.

Avec 760 millions d'Euros attribués à la PDS pour le Public et seulement 60 millions pour le Privé, leurs craintes sont légitimes !!!!!

Cette enquête est essentielle pour valoriser notre réelle activité mais aussi pour pérenniser et développer le financement des différentes spécialités assurant une permanence de soins

Je vous invite donc, fortement, à poursuivre cette enquête sur l'ensemble de ses volets et à la communiquer dans les conditions prévues. Si vous n'arrivez pas à tenir les délais du mois de mars, il est entendu que cette enquête sera tout aussi valable si elle est réalisée (sur quatre semaines consécutives) à cheval sur Mars / Avril ou sur Avril 2011.

Mobilisons nous afin de montrer notre réelle implication dans cette Permanence des Soins qui, jusqu'à ce jour, est réalisée dans la plupart des cas, gratuitement, par nos médecins libéraux. Cela ne peut plus durer !

- ▶ Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute question complémentaire sur le sujet.

VENDREDI 11 MARS 2011

RECUEIL IPAQSS

Pour rappel : La date de clôture du recueil IPAQSS est fixée par la HAS au 15 mars 2011.

Nous vous rappelons également que les résultats de la campagne 2010 seront rendus publics, transmis aux Directeurs d'ARS, utilisés dans le cadre de la certification et mis à disposition du public (arrêté du 28 décembre 2010).

La HAS nous ayant transmis la liste d'un nombre important d'établissements qui n'ont pas, à ce jour, encore transmis leurs données, nous vous rappelons de ne pas omettre la dernière étape : la validation par le superviseur !

► Pour toute question, vous pouvez contacter Laetitia BUSCOZ au BAQIMEHP au 01.56.88.03.04 ou par mail (laetitia.buscoz@baqimehp.com).

LUNDI 14 MARS 2011

MISE À JOUR DE LA BASE LPP

Mise en ligne de la nouvelle version de la base LPP (Liste des Produits et Prestations remboursables par l'Assurance Maladie) et de la base LPP en sus des prestations d'hospitalisation.

La CNAMTS a mis en ligne sur le site internet ameli la nouvelle version de la base LPP. Elle contient les données nécessaires à la facturation d'un code LPP et comporte l'ensemble des historiques d'un code LPP.

Le site vous propose un lien vous permettant de faire une recherche par code, par désignation ou par chapitre.

Cette nouvelle version intègre :

- L'arrêté du 21 février 2011, publié au JO du 24 février 2011, relatif à la radiation des défibrillateurs cardiaques simple et double chambre à fréquence asservie.
- L'arrêté du 21 février 2011, publié au JO du 24 février 2011, rectifiant l'arrêté du 04 février 2011 relatif à l'extension des indications des endoprothèses coronaires (stents) enrobées d'everolimus.
- L'arrêté du 17 février 2011, publié au JO du 23 février 2011, relatif aux modifications des conditions d'inscription et au changement de distributeur du neurostimulateur médullaire.
- L'arrêté du 4 février 2011 relatif au changement de distributeur et au renouvellement d'inscription des micro-spires d'embolisation d'anévrismes artériels intracrâniens.

La CNAMTS met également en ligne la base L.P.P. prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation ainsi que son guide de lecture.

Ces documents permettent de connaître l'ensemble des dispositifs médicaux pris en charge en sus d'un G.H.S. dans les secteurs public et privé, les dates réglementaires (date de l'arrêté et date de la publication au Journal officiel), la date d'effet de la prise en charge en sus du G.H.S. ou la date d'effet de la radiation du code.

Nous vous invitons à prendre connaissance de ces listes.

► Thibault GEORGIN (thibault.georgin.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

MARDI 15 MARS 2011

UN OUTIL INTERNET DE CONSULTATION DES DROITS (CDR) EN L'ABSENCE DE CARTE VITALE

Une circulaire du 21 septembre 2009 relative à la fiabilisation de l'acquisition des droits des assurés dans les établissements de santé est venue préciser l'utilisation de la carte vitale et sa mise à jour, ainsi que l'utilisation de CDR en l'absence de carte vitale.

Cet outil propose :

- Un accès par internet sécurisé par CPE nominative, CPS ou CPF,
- Un accès national unique quelle que soit la caisse d'affiliation du bénéficiaire (il permet aussi de vérifier la déclaration d'un médecin traitant).

Un kit de communication a été élaboré par l'Assurance Maladie (cf. pièce jointe).

LA DÉMARCHE CONDUITE PAR L'ASSURANCE MALADIE

La 1^{re} phase de généralisation a démarré le 24 septembre 2008 et concerne les établissements de santé publics et privés ex DG [Dotation Globale], dans le cadre de la mise en place de la facturation directe (pour 2013).

La 2^e phase de généralisation a démarré le 08 avril 2009 et concerne 134 cliniques privées disposant d'un Service d'Accueil des Urgences.

La 3^e phase de généralisation concerne l'ensemble des établissements publics et privés qui n'étaient pas dans les phases précédentes. Le déploiement a commencé le 7 octobre 2010 et devrait s'achever début mai 2011, au rythme de réunions régionales organisées par l'Assurance Maladie. Les minitels ne seront plus utilisables à partir du mois de mai, France-Télécom ayant informé que les liens « X 25 » seraient coupés, liens support des connexions minitel. Le service CDR est actuellement ouvert aux régimes suivants : CNAMTS - MSA - RSI - MGEN - MFPS - CNMSS - LMDE - LMG - CPRSNCF - MNH - GAMEX - ENIM - MNT - MNAM - MUT'Est.

L'ÉTAT DES LIEUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS

La CNAMTS nous alerte sur la faiblesse du déploiement du dispositif CDR dans les cliniques.

- Cliniques Privées avec Service d'Urgences : 74,6 %, soit 100 cliniques privées (+ 7 depuis le 9/1/2011),
- Cliniques privées sans Service d'Urgences : 11,3 %, soit 143 cliniques privées (+ 47 depuis le 9/1/2011).

Une note sur la situation par département est jointe à la présente dépêche. Elle rappelle que l'ancien dispositif ne sera plus opérationnel fin avril 2011.

- Thibault GEORGIN (thibault.georgin.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

MERCREDI 16 MARS 2011

CONTRÔLES EXTERNES ET SANCTIONS FINANCIÈRES

Sanctions financières – Action commune de la FHP-MCO, de la FHF, de la FEHAP et de la FFLCC.

Le Collège des médecins DIM de CHU, la FHF et la FHP-MCO ont travaillé ensemble à l'élaboration d'un document technique et exhaustif, exposant nos critiques et nos propositions communes afin d'améliorer la réglementation afférente aux contrôles externes et aux sanctions financières.

La FEHAP et la FFLCC ont été invitées à s'associer à cette démarche. Vous trouverez donc ici le courrier co-signé par la FHP-MCO et ces trois fédérations hospitalières, adressé hier au Ministre de la santé, ainsi que le document commun qui y est annexé.

L'élaboration de ce document, dont la portée sera certainement renforcée par le nombre de fédérations signataires, vient compléter notre action sur ce sujet et notamment : l'organisation de la Journée Thématique du 16 juin 2010 sur les contrôles T2a et les sanctions financières, la création d'un groupe de travail composé notamment de juristes et de médecins DIM, à l'origine d'un Guide des contrôles externes et des sanctions financières en cours de publication, la diffusion régulière de synthèses de jurisprudence, la rédaction d'amendements portés par plusieurs fédérations dans le cadre du dernier PLFSS, visant à modifier l'article L162-22-18 du code de la santé publique...

Notre action continue. Une réunion se tiendra le 23 mars prochain au Ministère de la santé afin d'informer les Fédérations hospitalières du contenu d'un nouveau projet de décret relatif aux contrôles externes et aux sanctions financières et d'un projet d'instruction qui sera diffusé aux ARS. Nous vous tiendrons informés rapidement de notre analyse et de notre action concernant ces projets de texte.

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

VENDREDI 18 MARS 2011

DOUBLER L'ENVELOPPE MIGAC DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE !

Lors du séminaire de réflexion du Conseil d'Administration FHP-MCO le 27 janvier 2011, il a notamment été acté que l'objectif est de défendre une politique de financement des établissements par les tarifs et non par enveloppe. Ceci étant, il a été convenu également que, compte-tenu de l'importance de l'enveloppe MIGAC, nous ne pouvions ignorer cette source de rémunération.

Le montant de l'enveloppe MIGAC représente 8,294 milliards en 2011, soit autant que le montant des recettes « GHS » pour les établissements de santé privés.

L'hospitalisation privée ne marge qu'à hauteur de 1,1 %, soit à peine 90 millions d'euros. Cette moyenne nationale cache des disparités régionales importantes.

Au regard des missions assurées par nos établissements, notamment celle de

DÉPÊCHES

service public, il est légitime que nous bénéficions d'une part très nettement plus importante.

L'objectif fixé en séminaire du Conseil d'Administration est un doublement de la part de l'enveloppe MIGAC octroyée au secteur privé, soit 2,2 % pour 2011.

Pour ce faire, un dossier a été élaboré pour vous guider dans vos démarches de demande de dotations MIGAC auprès de votre Agence Régionale de Santé.

Ce dossier se veut indicatif et pédagogique car la structure d'un tel dossier peut varier en fonction des éventuelles exigences régionales spécifiques des ARS. Il est nécessaire de se référer aux éventuels éléments produits par la Tutelle régionale.

Nous conseillons vivement à tous les établissements, au regard de leurs activités et des missions mises en œuvre, d'évaluer toute les opportunités de dépôt de demandes auprès de l'ARS, cela afin d'obtenir un financement - légitime - mais aussi la reconnaissance de notre participation à des missions d'intérêt général.

► Thibault GEORGIN (thibault.georjin.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

VENDREDI 18 MARS 2011

CANCÉROLOGIE - APPEL À PROJETS

L'INCA a récemment lancé un appel à projets afin de labelliser au moins une Unité de Coordination en OncoGériatrie (UCOG) dans chaque région.

La finalité de cet appel à projets est de mieux adapter les traitements des patients âgés atteints de cancer notamment par des décisions conjointes entre oncologues et gériatres, de promouvoir cette prise en charge, de contribuer au développement de la recherche, de la formation et de l'information en Oncogériatrie.

Cet appel à projets doit également participer à la généralisation de l'utilisation d'un outil d'évaluation gériatrique et à l'élaboration de recommandations nationales de prise en charge propre à l'oncogériatrie.

L'ensemble des UPCOG doivent repostuler et sont invitées à soumettre un dossier de candidature avant le lundi 9 mai prochain. Les UCOG sélectionnées bénéficieront d'un financement annuel, et ce pour une durée de trois ans, au titre de la mission d'intérêt général d'aide à la contractualisation (Migac) sur la base des Migac et de financements nouveaux prévus au titre du Plan cancer 2009-2013.

Vous pouvez participer à cet appel à projets si vous avez obtenu au préalable l'accord de votre ARS et à condition qu'une coopération régionale effective et formalisée entre votre établissement et le CHU et/ou le CLCC de votre région soit mise en place.

Vous trouverez en pièces jointes:

- Le cahier des charges d'une unité de coordination en oncogériatrie, les critères d'éligibilité et d'évaluation des projets, les modalités de suivi des projets sélectionnés, les modalités de financement, le calendrier, les modalités de participation.
- Le dossier de candidature.

Ces documents sont également en ligne sur le site de l'INCA (www.e-cancer.fr).

► Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute question complémentaire.

LUNDI 21 MARS 2011

ENQUÊTES TÉLÉPHONIQUES ANNUELLES DE SATISFACTION DES PATIENTS

Maintien de la position de boycott !

Vous êtes nombreux à nous interroger sur l'évolution de la position syndicale concernant les enquêtes téléphoniques annuelles de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en MCO.

La FHP-MCO appelle toujours au boycott de ces enquêtes (dépêches FHP-MCO du 7 janvier 2011 et du 11 février 2011). Et, comme vous le savez, afin de se faire entendre, il est impératif que cette action soit soutenue par tous en ne sollicitant ou en ne répondant à aucun institut de sondage.

Nous sommes toujours en attente d'un rendez-vous avec le Ministère et la DGOS afin de clarifier les modalités de ces enquêtes. Aussi, les actions entreprises pour manifester notre position sont les suivantes :

- dans la suite de la consigne de boycott exprimée par le Bureau FHP-MCO, un courrier a été adressé à Annie PODEUR, directrice générale de la DGOS, l'informant que nous avons demandé à tous nos établissements adhérents de surseoir au processus de mise en place de la démarche de mesure de satisfaction des patients hospitalisés en MCO. Vous trouverez ce courrier en pièce jointe.
- en régions, les présidents et délégués ont pu faire connaître, par courrier, ce mot d'ordre à leurs ARS respectives.

Ce dossier pose aujourd'hui des difficultés à nos tutelles. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ainsi que la CNIL travaillent à leurs recommandations.

Nous ne manquerons pas de vous tenir informés de l'évolution de ce dossier. En attendant, nous comptons sur votre soutien !

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

JEUDI 24 MARS 2011

MARS 2011 - RENOUVELLEMENT DES CPOM ARRIVANT À ÉCHÉANCE EN MARS 2012

Votre contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens arrive, pour la plupart d'entre vous, à échéance en mars 2012.

L'article L6114-1 du code de la santé publique prévoit que la demande de renouvellement des contrats doit être déposée auprès de l'agence régionale de santé un an avant leur échéance.

L'agence est tenue de se prononcer sur cette demande dans un délai de quatre mois à compter de sa réception. Le refus de renouvellement doit être motivé.

Sauf à ce que des garanties aient été apportées à votre délégation régionale de la FHP sur une prorogation des CPOM, nous vous encourageons vivement à joindre à votre demande de renouvellement, qui devra être envoyée en recommandé avec accusé de réception, votre rapport final d'exécution du contrat, prévu à l'article D6114-8 du code de la santé publique.

DÉPÊCHES

En effet, la proposition de loi Fourcade qui prévoit la possibilité pour les ARS de proroger les CPOM jusqu'à 6 mois après la publication du PRS, ne sera pas promulguée avant le 31 mars prochain, puisque les travaux parlementaires se poursuivent au mois d'avril.

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

MERCREDI 30 MARS 2011

7 JUIN 2011 - JOURNÉE THÉMATIQUE FHP DIALYSE

La FHP DIALYSE organise une journée thématique le mardi 7 juin 2011 de 9h00 à 17h00 à la Maison des Polytechniciens, Paris 7^e sur le thème : « 2002 - 2022 : Quel parcours pour le patient insuffisant rénal ? »

Nos établissements privés exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) prennent en charge 35 % des patients atteints d'insuffisance rénale chronique, soit près de 2 millions de séances de dialyse réalisées chaque année, tous types de prise en charge confondus.

Les enjeux de l'insuffisance rénale, les nécessaires actions de prévention, les difficultés d'organisation de la dialyse et le coût de la prise en charge ont amené le Ministère de la Santé à placer la prise en charge de l'IRC au rang des priorités nationales de santé.

La FHP Dialyse souhaite par l'organisation de cette journée thématique recentrer la réflexion de la réorganisation de la prise en charge de l'IRC autour du patient et de ses besoins présents et à venir.

Cette journée s'adresse aux représentants d'usagers, médecins néphrologues, directeurs de centres de Dialyse et d'établissements MCO et à leurs cadres, aux tutelles, mais aussi aux experts (Professeurs, Economistes de la santé...) intervenants sur le domaine de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, ainsi que toute personne intéressée par le sujet.

Nous vous invitons à télécharger le pré-programme ainsi que le bulletin d'inscription ci-joints (participation gratuite, inscription obligatoire).

Cette journée est la vôtre et nous souhaitons la préparer avec vous en nous appuyant notamment sur vos retours d'expérience de la mise en œuvre du décret 2002 qui a conduit à la restructuration de la profession. Vous trouverez ci-dessous un questionnaire (à compléter en ligne) dont les résultats seront présentés lors de la journée.

Nous vous remercions par avance de bien vouloir prendre quelques minutes pour y répondre.

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

JEUDI 31 MARS 2011

CAMPAGNE TARIFAIRE 2011

Dans le cadre de la campagne tarifaire 2011, l'ATIH a mis en ligne sur son site, une notice technique détaillant les nouveautés relatives aux prestations. Nous vous invitons à en prendre connaissance dès à présent.

D'autre part, nous souhaitons attirer votre attention sur les deux points suivants :

- La création d'une nouvelle prestation d'hospitalisation « Administration de produits et prestations en environnement hospitalier » (APE),
- Les précisions sur la règle de facturation des suppléments REA et SRC.

Création d'une nouvelle prestation d'hospitalisation « Administration de produits et prestations en environnement hospitalier » (APE).

Cette nouvelle prestation, introduite par le décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé, s'ajoute aux prestations d'hospitalisation déjà existantes (GHS, ATU, FFM, SE..) et a pour objet de financer les frais occasionnés par l'administration en externe de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus.

L'arrêté du 28 février 2011, modifiant l'arrêté du 19 février 2009 modifié, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités MCO, définit dans son article 3 les conditions de facturation de l'APE :

« V. - Le forfait « administration de produits et prestations en environnement hospitalier » est facturé dès lors qu'un ou plusieurs produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 (ndla : Dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain, quel qu'en soit le degré de transformation, et leurs dérivés, produits de santé autres que les médicaments) du code de la sécurité sociale et inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 (ndla : liste des produits et prestations pouvant faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation) du même code sont administrés au patient.

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement, les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un APE. »

L'objectif de cette nouvelle prestation étant de permettre aux établissements de pouvoir facturer les dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus lorsque ceux-ci sont administrés en externe.

D'un point de vue assurance maladie, la création de cette nouvelle prestation, permet d'éviter l'hospitalisation de patients venus uniquement pour l'administration de dispositifs médicaux, qui peuvent être réalisés en externe, inscrits sur la liste en sus.

A titre d'exemple, deux produits sont notamment ciblés : les processeurs d'implant cochléaire dont le remplacement - qui peut être réalisé en soins externes - est nécessaire environ tous les 5 ans, et le NEW-FILL administré à certains patients atteints du virus de l'immunodéficience humaine.

Précisions des règles de facturation des suppléments REA et SRC

Suite à des contrôles T2A, qui se sont déroulés à la fin de l'année 2010, certains d'entre vous nous ont alertés sur leur désaccord avec les médecins contrôleurs de la CNAMTS, pour lesquels la facturation quotidienne du Supplément SRC était conditionnée par le respect quotidien du critère d'un IGS II supérieur à 7, dans le cadre du respect du 2ème critère d'autorisation de facturation du SRC. Or, l'ATIH

rappelle bien que pour bénéficier du supplément SRC, la valeur 7 doit uniquement être respectée lors de l'admission du patient dans l'USC.

- Virginie Dubos (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

VENDREDI 01 AVRIL 2011

REMBOURSEMENT DES SYSTÈMES DE TÉLÉSURVEILLANCE POUR DÉFIBRILLATEURS CARDIAQUES

Inscription des systèmes de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables à la liste des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation (LPP). Le remboursement prend effet à partir du 4 avril 2011.

Comme vous le savez les Défibrillateurs Cardiaques Implantables (DCI) ont été radiés de la LPP depuis le 1^{er} mars et sont désormais pris en charge au titre des prestations d'hospitalisation, dans les groupes homogènes de séjour (GHS) existants déjà pour la pose ou le remplacement de défibrillateurs cardiaques. Cependant deux arrêtés, datés du 16 mars 2011, viennent autoriser le remboursement des systèmes de télésurveillance des DCI par l'assurance maladie. L'un portant inscription des systèmes de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables à la liste des produits et prestations remboursables, l'autre précisant que ces dispositifs sont facturables en sus des prestations d'hospitalisation.

Ces dispositifs de télésurveillance en cardiologie sont inscrits au titre III chapitre 4 section 7 de la liste des produits et prestations que vous pouvez consulter sur le site ameli.fr au lien suivant : Nomenclature des systèmes de télésurveillance pour DCI.

L'arrêté portant inscription de ces dispositifs de télésurveillance à la liste des produits et prestations remboursables pose les conditions particulières de cette prise en charge (protocole entre la société et le médecin, programmation des alertes, traçabilité des données...)

Par ailleurs, pour ouvrir droit à leur prise en charge, les systèmes de télésurveillance doivent être associés à des DCI posés dans le cadre d'indications cliniques prédéfinies.

L'arrêté ajoutant ces dispositifs à la LPP précise les systèmes concernés et définit leur codage. Attention, les codes annoncés dans l'arrêté du 16 mars 2011 étant erronés, il est rectifié par un arrêté du 28 mars 2011.

Le remboursement des systèmes de télésurveillance de DCI prend effet à compter du treizième jour suivant la date de publication des arrêtés au Journal officiel, c'est-à-dire à partir du 4 avril 2011.

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

JEUDI 7 AVRIL 2011

1^{RE} CIRCULAIRE BUDGÉTAIRE 2011 : LES ORIENTATIONS TARIFAIRES DE LA CAMPAGNE 2011

Nous vous adressons la première circulaire budgétaire 2011 et vous invitons à en prendre connaissance dès à présent.

LA CAMPAGNE TARIFAIRE EN QUELQUES CHIFFRES : DÉCOMPOSITION DES ENVELOPPES DE L'ONDAM HOSPITALIER.

A l'évolution de -0,05 % des tarifs privés s'ajoute pour nos établissements :

- La poursuite et fin de la convergence intra-sectorielle : Les coefficients de transition sont fixés à 1 dès cette année. A noter que les ARS devront par la publication d'un arrêté (par secteur) indiquer que l'ensemble des coefficients de transition des établissements est fixé à 1, ainsi, la circulaire précise qu'il n'est pas nécessaire de prendre les arrêtés et avenants par établissement.
- La poursuite de la disparition du Forfait Haute Technicité : Il s'agit de la dernière année de fixation du montant du FHT, qui s'établit à 25 % du montant initialement calculé pour la campagne 2008. Le reste du forfait étant déversé dans les tarifs des GHM ciblés comme représentatifs d'une haute technicité. (cf. liste ci-jointe) Le FHT sera versé par douzième à compter du mois de mars.
- La réintégration dans les tarifs des GHS de deux molécules onéreuses anticancéreuses : l'irinotecan et la gemcitabine.
- La réintégration des Défibrillateurs Cardiaques Implantables (simple, double et triple chambre) au sein d'une seule racine de GHM : 05C19 « Pose et remplacement de défibrillateurs cardiaques ».

A noter que l'acte DEKA002 de remplacement d'un DCI est désormais classant dans la racine 05C19. La racine 05C22 « remplacement de défibrillateurs ou stimulateurs cardiaques » ne contient donc plus que le remplacement de stimulateurs cardiaques, ces derniers restant inscrits sur la liste en sus cette année.

La construction des tarifs 2011 :

Aucun recalcul des tarifs sur la base des 4 étapes (Tarifs bruts, tarifs repères, tarifs finaux, tarifs de campagne) utilisées en 2009 et 2010 n'a été effectué cette année. Les tarifs 2011 sont issus d'une modulation des tarifs 2010 correspondant à l'incitation au développement de certaines activités spécifiques et à la poursuite de politique en matière de santé publique.

Ainsi, les évolutions tarifaires observées dans le secteur privé Ex OQN s'expliquent notamment par :

- L'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire : Revalorisation de nombreux tarifs de chirurgie ambulatoire à hauteur de leurs coûts (il s'agit des coûts ajustés au périmètre couvert par les tarifs).
- L'incitation à la pratique de la Dialyse hors centre dans le secteur privé Ex OQN : L'augmentation des tarifs du hors centre (Autodialyse, Dialyse à Domicile et Dialyse Péritonéale) des établissements privés ayant été réalisée par l'économie générée par la convergence des tarifs de Dialyse en centre du secteur privé vers ceux du secteur public identifiés comme les tarifs les plus bas.

DÉPÊCHES

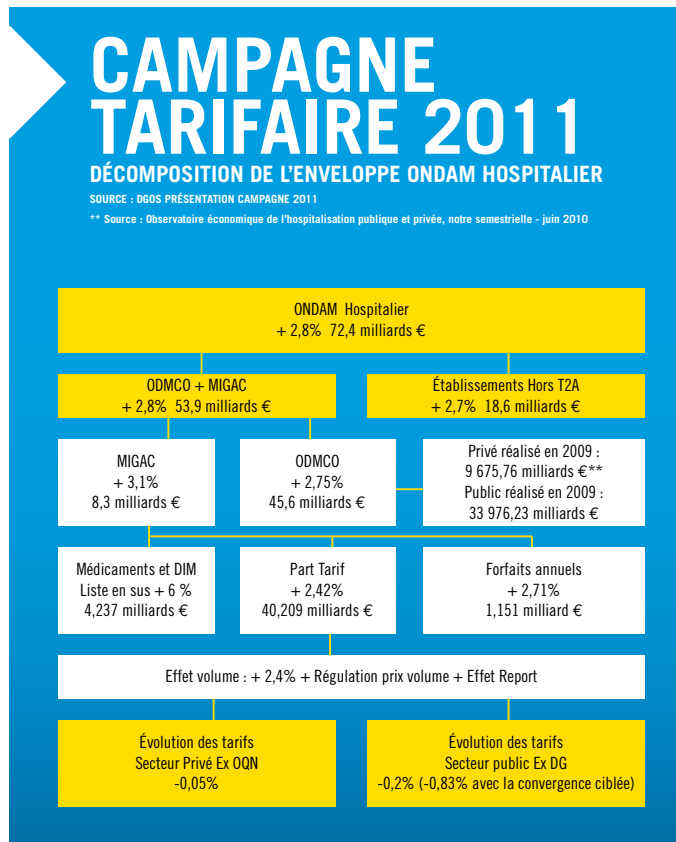
- Le maintien de la politique de santé publique concernant les AVC (Tarifs identique à l'an dernier), la cancérologie (réajustement des tarifs d'hospitalisation complète au niveau de leurs coûts ajustés), les soins palliatifs (réajustement des tarifs au niveau de leurs coûts)

Les nouveautés 2011 :

Concernant les nouveautés relatives à l'évolution de la Classification des GHM (v11c), la création d'une nouvelle prestation (APE) et la facturation des chambres particulières étendue au secteur ambulatoire, nous vous invitons à reprendre les dépêches spécifiques à ces sujets, téléchargeables ci après.

Plus généralement, l'ensemble des règles de facturation applicables aux établissements MCO sont définies au sein de l'Arrêté du 19 février 2009, consolidé au 2 mars 2011 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités MCO, consultable à partir du lien ci-après : www.legifrance.gouv.fr

- ▶ Virginie Dubos (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout complément d'information sur ces sujets.



LUNDI 11 AVRIL 2011

NOUVEAU MANUEL DE CERTIFICATION - V2011 : CE QUI CHANGE POUR LES ÉTABLISSEMENTS MCO

La HAS, comme elle l'avait annoncé, vient de publier sur son site, le nouveau manuel de certification V2010 version avril 2011, dit « V2011 », ainsi que le guide pour accompagner votre procédure de certification.

PÉRIODE D'APPLICATION DU NOUVEAU MANUEL

La HAS prévoit cette application en deux temps :

Pour les établissements dont la visite est programmée entre le 1er octobre 2011 et fin février 2012 :

- l'autoévaluation à adresser à la HAS est basée sur le manuel de certification V 2010 (version juin 2009),
- la visite s'effectuera sur la base du manuel de certification V 2011,
- le rapport de certification sera basé sur le manuel de certification V 2011

Pour les établissements dont la visite est prévue à compter de mars 2012, c'est le manuel de certification V 2011 qui servira de base :

- à l'autoévaluation à adresser à la HAS,
- à la visite,
- au rapport de certification.

Si vous appartenez à la 1^{re} catégorie d'établissements (visite entre le 1^{er} octobre 2011 et fin février 2012), la HAS, pour vous permettre de préparer la visite, a publié sur son site des grilles d'autoévaluation qui ne seront pas exigibles par les experts-visiteurs mais dont l'utilisation est vivement recommandée pour vous permettre de pouvoir répondre aux questions qui vous seront posées.

MAIS ATTENTION ! Ces grilles ne tiennent compte qu'en partie des modifications apportées. Elles ne concernent, en effet, à ce jour, pour les établissements MCO, que les critères :

- 8. a sur le « programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » qui devient une Pratique Exigible Prioritaire « PEP » au lieu et place du critère 8.b
- 8. b sur la « fonction gestion des risques » qui n'est plus une « PEP » mais qui a été modifiée pour tenir compte de la nouvelle réglementation sur la gestion des risques associés aux soins et, cité désormais à la place de la « fonction gestion des risques », la « fonction coordination des risques associés aux soins »
- 20. a sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse qui est scindé en deux critères :
 - Le critère 20.a sur « le management de la prise en charge médicamenteuse du patient »
 - Le critère 20.a. bis sur « la prise en charge médicamenteuse du patient »
- 26. b sur l' « organisation des autres secteurs interventionnels à risques majeurs » qui devient une « PEP » mais qui ne concerne plus que : la radiothérapie ; la médecine nucléaire ; l'endoscopie. En sont exclues donc, pour les maternités, les salles de travail qui figurent dans la V2010.

Aussi, il est nécessaire de vous reporter au manuel de certification V2011 dont les principales modifications figurent ci-dessous. Le BAQIMEHP, qui travaille

DÉPÊCHES

sur l'ensemble des modifications, va réaliser une fiche technique complète que nous vous adresserons.

LES AUTRES MODIFICATIONS MAJEURES

Celles dues à l'évolution de la réglementation

Plusieurs modifications ont été intégrées pour tenir compte de la nouvelle réglementation sur la gestion des risques associés aux soins et le nouveau rôle des CME. Elles impactent les critères :

- 1. g sur le « Développement de la culture sécurité ».
- 7. a, b, d sur la « Gestion de l'eau », la « Gestion de l'air, l' « Hygiène des locaux »
- 8. g sur la « Maîtrise du risque infectieux ».

Des modifications sont apportées pour tenir compte de la nouvelle réglementation sur l'Education Thérapeutique, elles impactent le critère

- 23. a sur l' « Education Thérapeutique ».

Une modification est apportée pour tenir compte de l'obligation de communiquer au public les résultats des indicateurs généralisés, elle impacte le critère

- 2. e sur les « Indicateurs, tableaux de bord et pilotage des établissements »

Les deux autres modifications à retenir

Sur le bloc opératoire (critère 26.a), le nouveau manuel demande que :

- Soient identifiés, analysés et hiérarchisés les processus à risques pour établir un programme d'actions préventives et de surveillance avec des objectifs précis. L'élément d'appréciation portant sur la définition de circuits spécifiques pour les différents modes de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées) est supprimé.
- Soit mise en place une démarche qualité documentée, actualisée, assurant la qualité de la prise en charge des patients. Cet élément d'appréciation remplace celui qui portait sur la conformité et la démarche qualité des locaux et de l'équipement, qui est supprimé.

Pour répondre à ces 2 nouvelles exigences, il faut donc établir une cartographie des risques du bloc, un programme d'actions et un manuel qualité.

Il est rappelé que depuis janvier 2011, un lien est institué entre le résultat de l'indicateur généralisé, le dossier anesthésique et l'élément d'appréciation sur : « *L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique* ».

Enfin, la check-list est désormais nommément désignée dans ce critère.

Sur la prise en charge des patients en fin de vie (critère 13.a), le nouveau manuel demande désormais que :

- Des projets de prise en charge des patients et de leurs proches soient définis et mis en œuvre (remplace « La démarche palliative est mise en œuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie. »)
- Les professionnels concernés bénéficient de formations pluridisciplinaires et pluri professionnelles à la démarche palliative.
- Dans les secteurs concernés, des réunions pluri professionnelles de discussion de cas de malades soient mises en place (remplace : une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations en fin de vie est mise en œuvre. »)

► 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, Claude GUELDROY et Laëtitia BUSCOZ du BAQIMEHP (info@baqimehp.com) sont à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche

DÉPÊCHES

LUNDI 18 AVRIL 2011

2^E « CHAT » POLITIQUE FHP-MCO

Le 2^e « chat » politique de la FHP-MCO aura lieu le mardi 26 avril 2011 de 17h à 18h. Une heure en direct avec le député Jean-Pierre FOURCADE, missionné pour reprendre certains points de la loi HPST.

Le 1^{er} chat politique de la FHP-MCO avec Elie ABOUD le 22 février dernier a remporté un vif succès et nous motive à renouveler l'expérience. Nous vous invitons à participer à notre 2^{ème} édition avec Jean-Pierre FOURCADE, Sénateur (UMP) des Hauts-de-Seine et surtout auteur d'une Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi HPST le mardi 26 avril de 17h à 18h.

Accroître le niveau de connaissance des décideurs en santé sur les enjeux de l'hospitalisation privée, améliorer les échanges et favoriser la compréhension de chacun sont les buts de ces rencontres virtuelles.

Concrètement : Jean-Pierre FOURCADE est dans les bureaux du syndicat et répond en live, via notre plateforme « chat », aux questions que vous posterez en direct (sans mot de passe) en vous connectant sur le site de la FHP-MCO, ou que vous aurez préalablement postées.

Nous vous espérons nombreux à dialoguer, sans langue de bois, avec notre 2^e invité le 26 avril prochain.

LUNDI 18 AVRIL 2011

ÉTUDE CTC CONSEIL : OBSERVATOIRE ÉCONOMIQUE ET FINANCIER 2011

Pour mieux nous connaître et nous défendre, adhérer à notre observatoire économique et financier !

La FHP-MCO s'est engagée dans une stratégie revendicative portant sur le tarif unique, mise en œuvre via une convergence intersectorielle reportée à 2018.

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

L'an passé, cet observatoire faisait état d'un tiers d'entre vous en situation déficitaire ! Nos tutelles sont très intéressées par ces résultats qui viennent conforter notre discours sur les difficultés que nous traversons.

Afin de donner une image représentative de la situation réelle de notre secteur, la participation de votre établissement ou de votre groupe à cette étude est indispensable.

Je vous remercie par avance d'adhérer à notre observatoire afin qu'un nombre important d'établissements fournissent les éléments nécessaires à CTC Conseil, chargé par la FHP-MCO de collecter les données et d'en garantir l'anonymat.

Pour cela, vous trouverez ci-joint le questionnaire 2011, à retourner rempli à Mr Joël ARBURGER <joel.arburger@ctc-conseil.com>.

La mobilisation de tous est nécessaire et je sais pouvoir compter sur votre engagement.

MERCREDI 20 AVRIL 2011

ENQUÊTE DGOS SUR LA PDSES

Enquête DGOS sur la PDSES - Participation obligatoire et urgente de l'ensemble des établissements MCO. Consigne Syndicale FHP-MCO. Décision de la tutelle sur le devenir du Volet 3 « activité ».

Les 21 février, 3 mars et 10 mars dernier nous vous avons informés d'une enquête de la DGOS sur la Permanence des soins en établissements de santé et d'une instruction complémentaire pour « donner de la souplesse » au calendrier.

Suite à une réaction de la FHF et de la conférence des directeurs d'hôpitaux, une information avait été communiquée aux ARS, concernant le « gel » de la saisie du volet 3 de l'enquête portant sur l'activité.

Un arbitrage Ministériel sur le devenir de cette enquête vient d'être pris dans les conditions suivantes :

- Cette grille d'enquête répondant à l'objectif d'un diagnostic partagé en région et au sein des territoires de santé n'est pas remise en cause au plan national mais il appartient aux ARS d'apprécier l'utilité de sa mise en œuvre dans votre région ; en effet, certains DGARS ont fait valoir les travaux déjà lancés avec d'autres outils méthodologiques au sein de leur territoire ;
- Si votre ARS décide d'utiliser l'outil mis à disposition par la DGOS, elle pourra en adapter le contenu et les échéances :
 - la maquette du volet 3 mise à disposition peut être adaptée au sein de chacune de vos régions en concertation avec les représentants régionaux des partenaires tels que les Fédérations, les Conférences et les Organisations syndicales de médecins ;
 - la remontée d'information sur une durée d'un mois qui correspondait initialement à la période du mois de mars est reportée ; eu égard à la suspension du volet 3 intervenue le 4 mars, il appartient aux ARS de redéfinir la période d'un mois retenue dans les établissements de leur région ;
 - le site de saisie de l'ATIH est ouvert depuis le 4 avril 2011 pour permettre la remontée des volets 1 et 2 et l'éventuelle saisie du volet 3 initialement prévu. Cette échéance sera rappelée par votre ARS à l'ensemble des établissements concernés. Le lien vers le site est <http://pdses.atih.sante.fr> et la notice d'utilisation de la plateforme est jointe à la présente dépêche.
 - La plateforme de l'ATIH sera ouverte au-delà du calendrier initialement prévu pour permettre le recueil de ces données. Je vous renvoie aux éléments techniques ci joints : « PDSES - Gestion des comptes - Etablissements » et « PDSES - Gestion des comptes - Région » et « PDSES - Notice établissement ».

Les établissements rencontrant des difficultés techniques pour saisir l'enquête PDSES peuvent demander de l'aide à l'ATIH grâce à l'adresse : ancre-informatique@atih.sante.fr

- Pour les régions qui mettront en œuvre le volet 3 de cette enquête, si votre ARS le décide, les données remontées pourraient faire l'objet de discussions et validations régionales au terme d'une première concertation à l'échelon régional, et le cas échéant, dans chaque territoire de santé, avec la participation de tous les établissements publics et privés. Il en sera de même pour l'exploitation des données.

Dans les prochains jours, votre ARS recevra un nouvel arrêté relatif à la commission paritaire régionale réunissant des représentants des intersyndicales de praticiens hospitaliers ; l'ARS définira avec ses membres les modalités de concertation étendue aux représentants des organisations syndicales de médecins libéraux.

DÉPÊCHES

Il a été souligné aux ARS la sensibilité de ce dossier qui nécessite un traitement particulièrement transparent et une concertation approfondie avec les acteurs régionaux.

Je vous rappelle les enjeux !

Cette enquête est essentielle pour valoriser notre réelle activité mais aussi pour pérenniser et développer le financement des différentes spécialités assurant une permanence de soins.

Je vous invite donc, fortement, à poursuivre cette enquête sur l'ensemble de ses volets et à la communiquer dans les conditions prévues par votre ARS.

Mobilisons-nous afin de montrer notre réelle implication dans cette Permanence des Soins qui, jusqu'à ce jour, est réalisée dans la plupart des cas, gratuitement, par nos médecins libéraux. Cela ne peut plus durer !

► Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute question complémentaire sur le sujet.

MERCREDI 20 AVRIL 2011

LANCEMENT DU BLOG DU PRÉSIDENT DE LA FHP-MCO

Mesdames, Messieurs, Chers Amis,

J'ai le plaisir de vous annoncer l'ouverture de mon blog et de sa mise en ligne. En ouvrant ce blog, je souhaite partager avec vous mes convictions et mes engagements à la FHP-MCO, en tant que président, mais aussi en tant qu'homme et père de famille. Ce blog est une fenêtre, une ouverture où nous pourrions échanger, nous parler en toute franchise sur les questionnements et les défis que je rencontre à la tête de cette fédération. Il vous permettra aussi de découvrir mon quotidien et mes préoccupations plus personnelles. Enfin, j'espère que, grâce à votre participation, il sera également le lieu où je pourrai échanger avec vous et répondre à vos questions.

C'est donc un pas complémentaire sur Internet vers vous et le grand public et une façon de montrer, de partager et faire connaître l'hospitalisation privée et ses problématiques au plus grand nombre d'internautes.

JEUDI 21 AVRIL 2011

RÉSULTATS INDICATEUR GÉNÉRALISÉ TENUE DU DOSSIER PATIENT (TDP)- IPAQSS-MCO

La FHP-MCO a été interpellée sur les dysfonctionnements intervenus dans le cadre de la dernière enquête concernant le recueil de l'indicateur généralisé IPAQSS-MCO portant sur la Tenue du Dossier Patient - TDP.

Ainsi, il apparaît qu'un grand nombre d'établissements se trouvent confrontés à des scores à la baisse entre le moment où ils ont validé leurs résultats et celui où la HAS a clôturé le recueil, faisant apparaître des résultats comparatifs par rapport à la moyenne nationale et au seuil de 80 %. Nous rappelons que lors du recueil de l'année dernière (2nde enquête IPAQSS), la HAS avait ajouté 2 variables :

DÉPÊCHES

- la présence, dans les éléments relatifs à l'admission, de la trace du traitement habituel,
- la présence de la trace de la voie d'administration pour les prescriptions réalisées dans les 72 premières heures du séjour hospitalier.

Les résultats ne tenaient pas compte de ces 2 variables dans leur calcul dans la mesure où elles étaient introduites pour la première fois. Il était en revanche prévu de les introduire dans le calcul des scores de cette année, ce qui n'a pas eu lieu suite à une erreur de programmation. Ainsi, lors de la validation, par l'établissement, du thème « Tenue du Dossier Patient -TDP -, le score figurant sur QUALHAS, n'a pas tenu compte des 2 variables concernées.

Constatant cette erreur lors de la clôture du recueil, la HAS l'a faite corriger ce qui explique la différence à la baisse, pour les établissements dont les résultats sur ces 2 variables ont impacté défavorablement le score obtenu.

Aussi, compte tenu de cette situation, nous avons demandé au Président de la HAS (courrier joint), de faire en sorte que ces résultats, qui ne peuvent qu'être entachés de suspicion vis-à-vis de la méthodologie utilisée, ne soient pas publiés.

Par ailleurs, pour les établissements qui ont passé leur visite de certification et ont fourni aux experts-visiteurs, sur la base des documents issus de la plate-forme QUALHAS, les résultats de ce dernier recueil avant la clôture par la HAS, il a été demandé que ce soit cette preuve qui soit prise en compte dans les résultats de certification.

Nous vous tiendrons informés de la suite réservée à ce courrier.

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, Laétitia BUSCOZ du BAQIMEHP (info@baqimehp.com) est à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

MERCREDI 27 AVRIL 2011

ENQUÊTES TÉLÉPHONIQUES ANNUELLES DE SATISFACTION DES PATIENTS

La DGOS diffuse une instruction rectificative des modalités techniques portant sur les enquêtes téléphoniques annuelles de mesure de satisfaction des patients hospitalisés en MCO. Confirmation du caractère non obligatoire de ces enquêtes pour l'année 2011.

Suite aux observations notamment de la FHP-MCO, la DGOS est revenue sur les modalités techniques portant sur les enquêtes téléphoniques annuelles.

Les enquêtes de satisfaction ne seront pas rendues obligatoires pour l'année 2011. Les établissements qui souhaitent tout de même mettre en œuvre ces enquêtes le feront sous leur responsabilité avec la liberté d'utiliser ou non les modalités prévues par la DGOS.

Comme vous le savez, la FHP-MCO s'est positionnée très tôt contre ces modalités appelant ses adhérents au boycott.

La FHP-MCO n'a eu de cesse, également, de pointer les incohérences tant auprès du Ministère qu'auprès des autres parties prenantes (HAS, CNIL, CNOM) de cette nouvelle procédure imposée aux établissements.

Nous n'avons pas manqué d'insister sur le fait que nos établissements sont désorientés par cette prolifération d'enquêtes, de mesures et d'indicateurs et rencontrent des difficultés à faire face aux coûts qu'elle engendre. Le tableau de bord des indicateurs devient, sans conteste, de plus en plus illisible et intenable financièrement.

DÉPÊCHES

Aussi, nous continuerons de revendiquer un accompagnement financier pour tout indicateur qui entraîne des lignes de dépenses supplémentaires et demander à être pleinement associés à tout projet visant à modifier la gestion de nos établissements.

Le combat continue en 2012 mais nous sommes déterminés à nous faire entendre. Merci d'être nombreux à nous soutenir !

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

JEUDI 28 AVRIL 2011

MIGAC - NOUVELLES MESURES 2011

Réponse aux nombreuses demandes de précisions concernant le dispositif MIGAC, en particulier sur le volet Cancérologie.

Pour mémoire, le montant de l'enveloppe MIGAC représente 8 294 milliards d'€ en 2011 (+3.1 % d'évolution en 2011), soit autant que le montant des recettes « GHS » pour les établissements de santé privés.

La circulaire budgétaire apporte des précisions sur les marges de manœuvre régionales (1.5 milliard d'€) des ARS et sur la volonté de justifier par des critères nationaux d'allocation des crédits MIGAC « dès le premier euro ».

Une première étape a été effectuée cette année 2011 concernant la mise en œuvre de critères d'allocation de ressources transparents et identiques entre secteurs public et privé pour les sujets de la formation des internes, de la cancérologie et de la Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES).

Les nouvelles mesures de 2011 concernant les établissements privés sont :

- La MERRI portant sur le financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie. Elle représente 320 millions d'€ et vise à compenser une partie de la rémunération des internes et les cotisations sociales. Ainsi, la rémunération d'un interne en 1^{re}, 2^{ème} ou 3^{ème} année d'études sera compensée à hauteur de 16 000 € par an et celle d'un interne en 4^e ou 5^e année à hauteur de 8 000 € par an. Ces forfaits ont été calculés en référence à la rémunération moyenne des internes.
- La MIG Cancer « action de qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie ». Elle fait l'objet d'une forfaitisation (un socle de 20 000 € pour les établissements publics et 15 000 € pour ceux du privé) ainsi que d'une allocation fléchée par établissement en fonction :
 - De la file active de patients de l'établissement (et non par autorisation) déterminée sur la base de données PMSI 2009, avec un montant de 2 150 € pour le secteur privé (contre 3 150 € pour le public) par tranche de 50 patients,
 - Du nombre de modalités autorisées (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) : 2 modalités : +25 % ; 3 modalités : +50 %,
 - De la prise en compte du coefficient géographique.

Nous avons sollicité la DGOS et l'ATIH afin d'accéder à la liste de la file active par établissement. Dès réception, nous ne manquerons de revenir vers vous. L'abattement de 25 % pour le secteur privé du socle et de la valeur des tranches a été effectué au titre de la non intégration des honoraires médicaux dans les tarifs des GHS. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans ces établissements reste en effet financée au titre des disposi-

DÉPÊCHES

tifs conventionnels ou du FIOCS. Nous vous invitons à solliciter sans attendre le FIOCS de votre région en vous appuyant sur la page 7 de l'annexe V de la circulaire (ci-jointe). Cette enveloppe Cancérologie « action de qualité transverse des pratiques des soins en cancérologie », d'un montant de près de 76 millions d'€ dont la ventilation régionale figure en première colonne de la page 3 de l'annexe 1 ci-jointe, couvre les financements de l'assistante sociale, de la psychologue, du dispositif d'annonce et le volet RCP non médical. Le dispositif 3C, représentant environ 40 millions d'€ pour les secteurs public et privé, reste financé « par ailleurs », mais non identifié spécifiquement dans l'annexe 1 car inclus dans la première colonne de la page 1 de l'annexe 1 au sein des 3 697 milliards. Il n'existe pas à ce jour de critères nationaux d'allocation de ressources. Ce sujet devrait être traité en 2012.

- La MIG « Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) ». Elle représente 770 millions d'€ pour les établissements de santé et englobe l'organisation et l'indemnisation de la permanence Médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-00N. Pour les praticiens libéraux participant aux lignes de garde et d'astreinte indemnisées du secteur ex-00N, ce dispositif prendra ainsi le relais des contrats de pratique professionnelle (CPP) très probablement au 1er juillet 2011. Dès communication d'informations complémentaires, a priori, pas avant le 15 mai prochain, nous reviendrons vers vous.
- Thibault GEORGIN (thibault.georGIN.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

JEUDI 28 AVRIL 2011

UN OUTIL INTERNET DE CONSULTATION DES DROITS (CDR) EN L'ABSENCE DE CARTE VITALE

Une circulaire du 21 septembre 2009 relative à la fiabilisation de l'acquisition des droits des assurés dans les établissements de santé est venue préciser l'utilisation de la carte vitale et sa mise à jour, ainsi que l'utilisation de CDR en l'absence de carte vitale.

Par dépêche du 15 mars dernier, nous vous alertions sur la modification du dispositif relatif à la fiabilisation de l'acquisition des droits des assurés dans les établissements de santé.

Cet outil propose :

- Un accès par internet sécurisé par CPE nominative, CPS ou CPF,
- Un accès national unique quelle que soit la caisse d'affiliation du bénéficiaire (il permet aussi de vérifier la déclaration d'un médecin traitant).

Un kit de communication vous a été distribué. Vous trouverez dans la présente dépêche un nouveau document utilisé lors des différentes présentations régionales. Nous vous invitons à en prendre connaissance.

Afin d'assurer le package d'installation en accès sécurisé (www.sesam-vitale.fr), vous devez utiliser l'identifiant et le mot de passe régional. Ces deux éléments ont été communiqués à votre Présidence et Délégation Régionale FHP.

Pour toutes difficultés Une assistance est mise à disposition au 0 811 709 710 ou par mail à support-technique-ps@cnamts.fr. Le service CDR est actuellement ouvert aux régimes suivants : CNAMTS - MSA - RSI - MGEN - MFPS - CNMSS - LMDE - LMG - CPRSNCF - MNH - GAMEX - ENIM - MNT - MNAM - MUT'Est. Nous vous rappelons que l'ancien dispositif ne sera plus opérationnel fin avril 2011 / début mai.

- Thibault GEORGIN (thibault.georGIN.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

MARDI 3 MAI 2011

DISPOSITIFS DE RÉGULATION DE CERTAINES DÉPENSES - LFSS

Mécanismes de régulation par contrat avec les établissements de santé des dépenses de sécurité sociale. Liste en sus, prescriptions hospitalières et prescriptions de transport remboursées sur l'enveloppe de ville.

Plusieurs mécanismes de régulation des dépenses de sécurité sociale ont été mis en place par les LFSS pour 2009 et 2010 et 2011 confirmés par la circulaire de la campagne budgétaire N°DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé.

Il s'agit notamment du dispositif de régulation des :

- dépenses des produits figurant sur les listes en sus, complétant le CBUM déjà fort contraignant et qui a fait l'objet de deux dépêches FHP-MCO,
- prescriptions hospitalières et des prescriptions de transport remboursées sur l'enveloppe de ville.

Cette première circulaire de la campagne tarifaire insiste en particulier sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville :

- « La fixation par arrêté d'un taux annuel national des dépenses de transports sanitaires en soins de ville fixé à 4 % pour l'année 2010, il fera l'objet d'un nouveau chiffrage... C'est sur la base de ce taux que s'effectuera le ciblage des établissements pouvant par la suite faire l'objet d'une contractualisation, comme indiqué dans l'instruction CNP N°2010-294 du 17 décembre 2010.
- Les prescriptions hospitalières exécutées en ville sont à l'origine de 70 % de la croissance des dépenses de médicament délivrés en officine. Afin de mieux maîtriser cette dépense dynamique, la LFSS pour 2010 a introduit dans son article 47 un dispositif de régulation fondé sur un taux prévisionnel national d'évolution de ces dépenses dont le dépassement permet aux ARS de conclure avec les établissements concernés un contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.
- Ces contrats comportent un objectif d'évolution de ces dépenses ainsi que des objectifs d'amélioration des pratiques hospitalières afférentes. En 2011, les ARS seront conduites à proposer de tels contrats aux établissements dont le taux d'évolution des prescriptions médicamenteuses exécutées en ville a dépassé +6 % en 2010. »

Ces dispositifs répondent à une même logique d'engagement contractuel des établissements, ciblés compte tenu de certaines atypies statistiques, à atteindre des objectifs de réduction des dépenses sus-évoquées.

Ces dépenses étant le fruit des choix thérapeutiques de chaque médecin exerçant au sein de l'établissement, nous contestons le fait que les établissements de santé soient susceptibles d'être tenus de s'engager à respecter des objectifs.

Vous trouverez en annexe à cette dépêche :

- la position de la FHP-MCO exprimée dans les récents courriers envoyés aux pouvoirs publics, pour dénoncer l'inadéquation de ces mécanismes avec le fonctionnement de nos établissements de santé ;

DÉPÊCHES

- une synthèse de ces différents mécanismes ;

Nous restons à votre disposition pour vous conseiller sur ces sujets, si l'ARS dont vous relevez entendait vous engager dans un de ces dispositifs de régulation des dépenses. Des conseils juridiques plus approfondis vous seront apportés sous un mois.

- ▶ Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) reste à votre disposition pour répondre à vos questions.

MARDI 10 MAI 2011

« NOUS AGISSONS POUR LA SANTÉ DE TOUS »

La FHP-MCO vient de lancer une campagne d'information de 3 semaines dans les grands médias, intitulée : « Nous agissons pour la santé de tous »

Voici le communiqué de presse qui a été envoyé pour son lancement.

La FHP-MCO, 1^{re} fédération française de cliniques et hôpitaux privés spécialisés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), lance une nouvelle campagne d'information dans la presse et sur internet intitulée : « Nous agissons pour la santé de tous », afin de débusquer les idées reçues encore trop répandues dans l'opinion publique au sujet du secteur hospitalier privé.

« Cette campagne est destinée à faire prendre conscience de la réalité de notre secteur et de son rôle incontournable dans l'offre de soins en France, dont il représente 25 % au plan national. Si nous nous félicitons de voir que chaque année plus de 8 millions de patients choisissent d'aller se faire soigner dans nos établissements, nous sommes souvent surpris de voir à quel point les clichés ont la vie dure », souligne Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO, qui regroupe 700 établissements.

La campagne débute le 9 mai avec la publication d'une première insertion dans le quotidien Le Monde et se déroulera sur trois semaines, avec des parutions prévues dans les hebdomadaires L'Express, Le Figaro Magazine, Le Point et Marianne.

Elle se doublera du lancement du site internet www.agirpourlasante.fr sur lequel les internautes pourront notamment tester leur connaissance sur le rôle du secteur hospitalier privé en France, à l'aide d'un quizz. Cet espace a vocation à devenir un lieu d'informations privilégiées et un forum d'échange. La campagne presse véhiculera deux messages dédiés à l'accueil en services d'urgences par le secteur privé (2,2 millions de passages en 2010) et la prise en charge des actes lourds dans les cliniques et hôpitaux privés (47 %, soit pratiquement un sur deux).

« On pense souvent que les urgences sont l'apanage des hôpitaux publics. C'est faux ! », explique Lamine Gharbi. *« L'an dernier, nous avons accueilli 2,2 millions de patients dans nos 134 services d'urgences privés. De même, l'idée selon laquelle les cliniques ne feraient que de petites opérations programmées à l'avance a la vie dure. Or nos établissements sont dotés de plateaux techniques de pointe. Une opération lourde sur deux (47 %) en France aujourd'hui est réalisée dans un établissement privé ».*

Le président de la FHP-MCO conclut : *« Le but de cette campagne d'information est de faire prendre conscience de manière constructive à ceux de nos concitoyens qui en doutaient encore que le secteur hospitalier privé en France joue un rôle essentiel. Un rôle qui mérite d'être reconnu à sa juste mesure, notamment pour les hommes et les femmes qui y travaillent et se dévouent quotidiennement pour le bien de chacun et la santé de tous ».*

MERCREDI 11 MAI 2011

CANCÉROLOGIE – CONTRATS MÉDECINS ET REFUS D'AUTORISATION D'ACTIVITÉ

Nous vous avons alertés dans une dépêche du 13 octobre 2009 des risques juridiques encourus par les établissements de santé et leurs représentants légaux, en cas de poursuite d'une activité de soins pour laquelle l'établissement ne serait pas autorisé.

Malgré cette mise en garde, certains d'entre vous poursuivent une activité de traitement du cancer, notamment en chirurgie, sans disposer de l'autorisation requise. Les ARS, la DGOS et l'INCA nous ont récemment indiqué qu'ils étaient au fait de ces pratiques, extrêmement risquées pour les structures concernées, mais également pour leurs représentants légaux, susceptibles d'engager leur responsabilité personnelle civile et pénale.

En complément de la note que vous retrouverez en pièce jointe, nous tenons à votre disposition les récents conseils de notre avocat sur ce sujet.

Il en résulte notamment que les dispositions de l'article R6122-25 du code de la santé publique imposant une autorisation pour l'exercice de l'activité de traitement du cancer ont un caractère réglementaire général et sont opposables aux médecins, qui ne peuvent se prévaloir de leurs contrats d'exercice pour opposer une poursuite d'activité aux cliniques ou aux tutelles. Il en résulte également qu'il est indispensable dans tous les cas que les établissements concernés mettent en œuvre les actions nécessaires pour s'assurer de l'arrêt de l'activité non autorisée, sauf à engager leur responsabilité.

Si vous êtes dans ce cas de figure, il vous appartient d'alerter formellement les médecins concernés des conséquences d'une telle poursuite d'activité. En cas d'échec, il vous appartient d'envisager des mesures plus fermes, comme le refus de facturation pour les interventions considérées, comme une conciliation ordinaire, ou enfin, dans le pire des cas, une résiliation du contrat d'exercice dans les conditions de droit commun, en se fondant sur la faute du praticien qui aurait poursuivi ses activités malgré vos alertes.

► Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) reste à votre disposition pour toute question complémentaire.

JEUDI 12 MAI 2011

NOUVELLE VERSION DE LA BASE LPP

Mise en ligne de la version 236 de la base LPP (Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie).

La CNAMTS a mis en ligne sur le site internet ameli la nouvelle version de la base LPP. Elle contient les données nécessaires à la facturation d'un code LPP et comporte l'ensemble des historiques d'un code LPP.

Le site vous propose un lien vous permettant de faire une recherche par code, par désignation ou par chapitre.

Cette nouvelle version intègre l'arrêté du 13 avril 2011 relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH LOW PROFILE de la société COOK France

DÉPÊCHES

au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Nous vous invitons à prendre connaissance de cette liste.

- ▶ Thibault GEORGIN (thibault.georjin.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

VENDREDI 13 MAI 2011

CANCÉROLOGIE – VISITE DE CONFORMITÉ

INCa- Eléments d'analyse des critères d'agrément de l'INCa et outils complémentaires en vue de la préparation des visites de conformité.

Depuis que le chantier de définition du nouveau dispositif d'autorisation a débuté, nous n'avons eu de cesse de demander aux autorités compétentes (DGOS et INCa) la mise au point d'une grille support de la visite de conformité. Il est indispensable de disposer d'une description des éléments de preuve objectifs permettant de vérifier le respect des critères et de garantir une appréciation homogène au plan national. Comme vous le savez, cela n'a jamais été fait. Cela explique certaines différences importantes notées dans la mise en place de cette procédure d'une région et d'une inspection à l'autre, différences que l'on retrouve en particulier dans les critères dits « qualitatifs », dont l'interprétation est éminemment variable. A titre d'illustration, nous joignons à cette dépêche le courrier transmis à la Directrice Générale de la DGOS concernant l'instruction N° DGOS/R3/INCa/2010/267 invitant les directeurs d'ARS à lancer une autoévaluation « pour aider les établissements de santé autorisés à mesurer la progression de leur situation quant aux obligations réglementaires de conformité ».

Les inspecteurs et plus largement les équipes chargées des autorisations au sein des ARS ont parfois fait les mêmes objections.

Le 11 janvier dernier une réunion a eu lieu avec les ARS, réunion à laquelle nous n'étions pas conviés.

Nous demandions depuis plusieurs mois une réunion de concertation et d'information mutuelle INCa - DGOS - ARS - Fédérations, comme cela s'est fait en 2009-2010. Cette réunion a enfin eu lieu le 26 avril dernier, mais elle n'a rien apporté. Nous y avons pourtant appris que celle de janvier avec les ARS avait fait l'objet d'un compte rendu et que nous allions être destinataire d'une copie.

Nous venons de recevoir ce document dénommé « Eléments d'analyse et outils complémentaires en vue de la préparation des visites de conformité ». Il s'assimile de fait, en droit, à une circulaire, puisqu'il s'agit de l'interprétation du droit donné par l'administration à un échelon hiérarchique inférieur.

Compte tenu du calendrier en cours, nous vous transmettons immédiatement ce document qui, dans le contexte, est de première importance.

Nous vous rappelons qu'il a été établi sans aucune concertation et, le cas échéant nous vous transmettrons dans les jours prochains des éléments d'appréciation ou d'information complémentaires qui nous sembleraient pouvoir vous être utiles.

Bien sûr les ARS sont en possession de ce document... Il est choquant que nous en ayons eu connaissance avec 5 mois de retard !

Nous vous remercions pour les informations que vous nous transmettez sur le déroulement de vos visites de conformité. Cela nous permet entre autres de faire remonter suggestions ou objections à la DGOS et à l'INCa.

DÉPÊCHES

LUNDI 16 MAI 2011

ÉCOUTEZ LAMINE GHARBI SUR BFM RADIO

Le 7 mai dernier, Lamine Gharbi est intervenu dans l'émission check-up santé de BFM radio pour présenter la FHP-MCO et ses missions.

Pour écouter ou ré-écouter l'intervention de Lamine Gharbi : <http://>

LUNDI 16 MAI 2011

LA CONFÉRENCE NATIONALE DES PRÉSIDENTS DE CME DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (CNPCEHP) PUBLIE SA PREMIÈRE NEWSLETTER

Comme vous le savez, nous soutenons les initiatives de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée. Elle a déjà organisé des formations à l'attention des médecins. Nous nous en étions fait le relais. Aujourd'hui, elle publie sa première Newsletter.

La CNPCMEHP se félicite de la parution de cette première Newsletter qui se veut être un lien fort entre la représentation nationale et les CME de terrain.

Nous vous invitons à en prendre connaissance : www.cnpcmehp.com

JEUDI 19 MAI 2011

CAMPAGNE : « AGIR POUR LA SANTÉ DE TOUS »

Nous l'annonçons dans « le 13h » du 5 mai 2011, nous vous le rappelons dans une dépêche le 10 mai 2011 au travers d'un communiqué de presse, la FHP-MCO lance durant le mois de mai une campagne de communication* : « Agir pour la santé de tous », invitant l'opinion publique à s'interroger sur ses connaissances, voire certitudes, concernant l'hospitalisation privée.

POURQUOI CETTE CAMPAGNE ?

Le combat syndical est un marathon. La prise de parole de notre secteur doit être exercée de façon régulière. Tout en servant la stratégie de positionnement du MCO privé dans la perspective des présidentielles, nous souhaitons également nous inscrire résolument dans la préparation du PLFSS 2012.

QUELLE STRATÉGIE ?

Il est impossible de faire entendre toute revendication (dénoncer les 26 % de différence tarifaire et revendiquer une convergence) sans en créer les conditions d'écoute. Les messages des insertions médias sont ainsi construits : d'abord présenter notre secteur comme incontournable et mettre en doute les préjugés tenaces, puis inviter l'opinion publique à nos côtés (26 % de différentiel - refus d'autorisation d'ouverture de service d'urgence), enfin convaincre de notre volonté de continuer « à agir pour la santé de tous ».

DÉPÊCHES

CETTE CAMPAGNE DOIT ÊTRE PORTÉE PAR TOUS.

Vous allez recevoir dans les prochains jours un jeu d'affiches déclinant quatre messages prioritaires : urgences, actes lourds, accueil des CMU et emplois non délocalisables. Nous vous invitons à ménager un espace à ces affiches sur les murs de votre établissement.

Un jeu de quatre « cartes » sera mis également à votre disposition. Ces cartes sont produites pour asseoir votre discours en direction de tout interlocuteur ; elles permettent de diffuser le même message sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, nous avons sollicité les administrateurs de la FHP-MCO pour assurer des rendez-vous dans les semaines qui viennent avec leurs parlementaires. L'ensemble des adhérents sont invités à s'engager également pour la profession, saisir leur député ou sénateur, exposer notre argumentaire. Nous vous remercions dans ce cas de nous tenir informés de votre démarche afin de disposer d'une traçabilité de toutes nos actions (fiche reporting).

NOUS PORTONS TROIS REVENDEICATIONS

- 1/ une tarification juste et équitable : pour cela accélérer la convergence. Acteurs incontournables du soin, nous agissons pour la santé de tous. Cela signifie un financement garantissant les soins d'aujourd'hui et de demain (investissements nécessaires dans les outils) et une rémunération des emplois;
- 2/ une allocation des MIGAC juste et transparente;
- 3/ un processus d'octroi des autorisations équitable et transparent.

Enfin, cette campagne s'accompagne d'un site Internet : www.agirpourlasante.fr construit sous forme de quizz.

Nous vous remercions de votre engagement pour la profession. Toute l'équipe de la FHP-MCO est à votre disposition pour réussir ensemble cette campagne.

* Insertions dans Le Monde, L'Express, Le Figaro Magazine, Le Point, Marianne (entre le 11 et le 28 mai)

VENDREDI 20 MAI 2011

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

La FHP-MCO est pour la création d'un secteur optionnel.

Voici le communiqué de presse qui a été envoyé aux médias.

La réforme permettrait de régler le problème de l'accessibilité aux soins et de limiter certains abus...

... mais elle doit aller de pair avec une revalorisation des honoraires des praticiens libéraux qui sont bloqués depuis 20 ans.

La FHP-MCO, 1^{re} fédération française de cliniques et hôpitaux privés spécialisés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), est favorable à la création d'un secteur optionnel qui permettrait de limiter le problème de l'accessibilité aux soins causé par certains abus en matière de dépassements d'honoraires. Cette réforme structurelle doit néanmoins s'accompagner d'une juste revalorisation par la Sécurité sociale des honoraires des praticiens libéraux, qui n'ont pratiquement pas bougé depuis vingt ans.

« Il faut comprendre que les spécialistes, chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens qui travaillent dans nos cliniques n'ont d'autre choix que de choisir le secteur 2 (honoraires libres) car depuis 20 ans leurs honoraires Sécu sont bloqués, alors que leurs charges ont explosé », affirme Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO, qui regroupe 700 cliniques et hôpitaux privés.

DÉPÊCHES

« Pour autant, il faut aussi comprendre les usagers qui sont contraints de payer des dépassements d'honoraires qui ne sont pas ou peu pris en charge par leurs mutuelles et ceux qui ne trouvent plus de spécialistes au tarif Sécu dans certains territoires. Cela pose un problème aigu d'accessibilité aux soins. La solution, c'est le secteur optionnel. Cependant, les contours restent à définir et les choix et options ne font pas l'objet d'un consensus entre les syndicats médicaux ».

Le secteur 2 autorisant des dépassements d'honoraires avait été créé en 1980, en plus du secteur 1 (tarif Sécu), pour éviter à la Sécurité sociale d'augmenter le tarifs des consultations et des actes médicaux, tout en permettant une hausse des revenus des médecins et des spécialistes. Selon la CNAMTS, les médecins sont de plus en plus nombreux à choisir le secteur 2.

Une proposition de créer un secteur optionnel par des négociations conventionnelles est débattue depuis des années mais les négociations n'ont jamais abouti. Elle prévoit que les médecins qui y souscriraient s'engageraient à réaliser 30 % de leurs actes au tarif de la Sécu - ce qui permettrait de soigner la part de la population qui ne peut supporter la charge des dépassements d'honoraires - et à facturer les 70 % restants avec des compléments d'honoraires ne dépassant pas 50 % du tarif de la Sécu. Les mutuelles prendraient en charge les dépassements de ce nouveau secteur, qui concernerait d'abord chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens.

« Le secteur optionnel semble être une solution pertinente car elle permettrait d'ouvrir un champ d'accessibilité aux soins pour les populations sans couverture mutualiste. Elle garantirait aussi via une mutualisation des complémentaires la prise en charge des dépassements afin d'atteindre notre but ultime, à savoir que le reste à charge du patient soit égal à zéro », affirme le président de la FHP-MCO.

« Les honoraires des praticiens n'ont pas évolué depuis des décennies, alors que le coût des équipements techniques, et les charges, notamment les primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP), ont connu une croissance exponentielle », rappelle cependant Lamine Gharbi.

« Est-il normal qu'un gynécologue doive pratiquer 100 accouchements, soit travailler la moitié de l'année, pour seulement payer sa prime d'assurance qui a été multipliée par dix en 20 ans ? N'est-ce pas indécent que pour une opération de l'appendicite sans complications, le chirurgien soit rémunéré 180 euros pour l'opération, trois jours de surveillance et trente ans de responsabilité ? Est-il absurde de demander que les médecins aient une rémunération décente après douze ans de formation et une présence 7j/7 auprès de leurs patients ? », interpelle encore Lamine Gharbi.

La FHP-MCO souhaite donc que s'engage au plus vite une reprise des négociations conventionnelles entre la Sécurité sociale et les médecins libéraux afin que l'on trouve une solution à un problème qui perdure depuis trop longtemps et qui pénalise le secteur privé.

« En raison des dépassements d'honoraires, nos cliniques sont perçues par la population comme étant plus 'chères', ce qui incite les patients à privilégier les hôpitaux publics. Or, c'est regrettable car lorsqu'on regarde au niveau macro-économique, le secteur hospitalier privé coûte moins cher à la Sécurité sociale – et donc à la collectivité – que le secteur hospitalier public, en raison des écarts tarifaires de la Sécu, qui sont inférieurs de 26 % en moyenne en notre défaveur », conclut le président de la FHP-MCO.

LUNDI 23 MAI 2011

RÉSULTATS INDICATEUR GÉNÉRALISÉ TENUE DU DOSSIER PATIENT (TDP)- IPAQSS-MCO

Par dépêche du 21 avril 2011, nous vous avons informés de notre démarche auprès du Président de la HAS suite aux dysfonctionnements constatés dans la dernière enquête concernant le recueil de l'indicateur généralisé IPAQSS-MCO portant sur la tenue du dossier patient. La réponse du Professeur HAROUSSEAU qui vient de nous parvenir apporte des explications sur ces dysfonctionnements, leur implication et les dispositions qu'il a prises pour en limiter leur impact.

Ainsi qu'évoqué dans cette précédente dépêche, ce courrier rappelle que, pour cet indicateur, deux sous-critères avaient été ajoutés en 2009 :

- la présence, dans les éléments relatifs à l'admission, de la trace du traitement habituel
- la présence de la trace de la voie d'administration pour les prescriptions réalisées dans les 72 premières heures du séjour hospitalier.

Ces modifications n'avaient pas été prises en compte dans le calcul du score afin de permettre un temps d'appropriation par les professionnels de santé. En 2010, la grille de recueil était identique mais avec prise en compte de ces deux sous-critères dans le calcul du score évaluant la tenue du dossier.

Le Président de la HAS confirme lui aussi qu'une erreur s'est produite et ce, dans d'algorithme du calcul du score développé par l'ATIH. Cette erreur a été identifiée par la HAS lors des tests de validation réalisés après la clôture nationale du recueil et a été rectifiée, à sa demande, lors des tests de validation réalisés après la clôture nationale.

Ainsi, 35 % des établissements de notre secteur ont un score inférieur à celui affiché à la fin de leur recueil. Parmi eux, 9 % ont changé de classe de performance. Aussi, suite à notre courrier, il a décidé que la diffusion publique de ces résultats ne tiendrait pas compte des données d'évolution par établissement.

Pour ce qui concerne les décisions de certification, il apparaît qu'aucun impact n'est à déplorer.

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, Claude GUELDRY, directrice du BAQIMEHP (info@baqimehp.com) est à la disposition des professionnels de vos établissements pour les aider dans leur démarche.

MERCREDI 25 MAI 2011

PRÉPARATION DES VISITES DE CONFORMITÉ DES TITULAIRES D'AUTORISATION D'EXERCER L'ACTIVITÉ DE TRAITEMENT DU CANCER

Nous vous avons transmis le 13 mai dernier un document de l'INCa intitulé « Éléments d'analyse et outils complémentaires en vue de la préparation des visites de conformité ». Ce document associe à chaque critère d'agrément de l'INCa des éléments d'analyse pour la préparation des visites de conformité et évoque les outils (recommandations, documents HAS...) pouvant être utilisés pour remplir ces critères. En complément, vous trouverez en annexe à la présente dépêche un diaporama de la DGOS synthétisant les éléments d'analyse résultants des réunions qui se sont tenues ces derniers mois entre

DÉPÊCHES

la DGOS, l'INCa et les ARS en vue de la préparation des visites de conformité des titulaires d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer.

Ce diaporama fait un « focus sur certaines obligations réglementaires » et sur la manière dont ces obligations sont appréciées par les experts visiteurs lors des visites de conformité. Ce focus concerne l'accès du patient au traitement du cancer et à la coordination des soins, le respect des seuils d'activité, le champ de l'activité de traitement du cancer soumis à autorisation, la situation des établissements de santé pratiquant la chirurgie du cancer après un refus d'autorisation, la primo-prescription en chimiothérapie, la prise en charge des enfants en cancérologie. Nous vous invitons à consulter ce document avec attention avant votre visite de conformité, et nous restons à votre disposition pour faire part à la DGOS de vos remarques, et des éventuelles difficultés d'interprétation ou de mise en œuvre de ces éléments d'analyse.

► Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) reste à votre disposition pour répondre à vos questions complémentaires.

MARDI 31 MAI 2011

ÉCOUTEZ LAMINE GHARBI SUR FRANCE INFO

Le 18 mai dernier, Lamine Gharbi est intervenu sur France Info à propos des Dépassements d'Honoraires

Pour écouter ou ré-écouter l'intervention de Lamine Gharbi : <http://>

LUNDI 30 MAI 2011

29 ET 30 JUIN 2011 - FORMATION FHP-MCO/BAQIMEHP CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

En février 2010, la FHP-MCO a mis en place un groupe de travail sur les contrôles T2A et les sanctions financières, pour mutualiser les informations, élaborer un Guide pratique qui vous a été transmis par dépêches, recueillir la jurisprudence, afin de l'analyser et de vous en présenter une synthèse régulièrement. Par ailleurs, la journée thématique du 16 juin 2010 a été l'un des points forts de l'an passé, qui se poursuit en 2011 par une action mutualisée avec les autres fédérations hospitalières afin d'alerter les pouvoirs publics sur la nécessité de modifier la réglementation relative aux contrôles externes et aux sanctions financières.

En complément des actions déjà engagées, nous vous proposons cette année 2011 une action plus participative, à savoir un programme de formation sur deux jours en partenariat avec le BAQIMEHP, organisme de formation de la profession, afin de privilégier les échanges et vous apporter des éclairages ciblés sur vos problématiques de terrain.

DÉPÊCHES

La première session de cette formation, assurée par des avocats, juristes et médecins DIM, se tiendra les 29 et 30 juin prochain à Paris.

- Claude GUELDRY (info@baqimehp.com) et Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) sont à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

MERCREDI 8 JUIN 2011

TÉLÉSANTÉ / TÉLÉMÉDECINE

Présentation d'une étude menée par la FIEEC (Fédération des industries électriques, électroniques et de communication) et l'ASIP (Agence des systèmes d'information partagés de santé).

La télémédecine et la télésanté sont des moyens d'optimisation des soins et donnent lieu à des expérimentations dans de nombreux pays.

Nous souhaitons porter à votre connaissance l'étude sur la Télésanté et la Télémédecine en Europe menée par la FIEEC et l'ASIP.

Fondée sur l'analyse de dix expériences européennes réussies, cette étude a cherché à capitaliser sur les meilleures pratiques de déploiement, en vue du développement de la télémédecine et de la télésanté en France.

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

VENDREDI 10 JUIN 2011

MISE EN ŒUVRE DE LA CCAM V24 AU 18 JUIN 2011

Suite à la parution au journal officiel du 19 mai 2011 de la décision de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, une nouvelle version de la CCAM, (CCAM v24) sera mise en œuvre au 18 juin 2011.

Cette nouvelle version intègre principalement l'inscription de 11 nouveaux actes au sein des subdivisions suivantes :

- Autres actes diagnostiques sur l'appareil digestif
- Néphrectomie totale élargie
- Ablation de calcul du rein
- Destruction de lésion des voies urinaires supérieures
- Fixation et soutènement de la vessie
- Pose de prothèse sphinctérienne urinaire

Nous vous invitons donc à prendre connaissance de cette évolution en téléchargeant la note d'information base CCAM version 24 produite par la CNAMTS et en consultant le site « CCAM en ligne » de l'assurance maladie.

- Virginie Dubos (virginie.dubos.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout complément d'information sur ce sujet.

VENDREDI 10 JUIN 2011

CONTRÔLES EXTERNES ET SANCTIONS FINANCIÈRES

Retours sur la réunion du 30 mai 2011 avec François-Xavier SELLERET, directeur du cabinet du Ministre de la santé.

Un projet de décret relatif aux sanctions financières ainsi qu'une instruction aux ARS sont en cours d'élaboration. Compte tenu de nos remarques sur ces projets de texte, un rendez-vous nous a été accordé le 30 mai dernier, ainsi qu'à la FEHAP et à la FFLCC, par le directeur de cabinet du Ministre de la santé. Cette réunion a été assez fructueuse : nous avons pu exprimer à nouveau nos priorités sur ce dossier et monsieur François-Xavier SELLERET s'est engagé à nous soumettre dans les semaines qui viennent, une nouvelle version de ce projet de décret d'application de l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale et du projet d'instruction aux ARS.

En attendant une modification du cadre juridique actuel, nous vous proposons en annexe, une brève note technique ayant pour objet de vous donner quelques points de repères utiles pour rédiger vos observations, si une « pré-décision » de sanction financière vous était notifiée. Cette note a été élaborée dans le cadre des travaux du groupe de travail de la FHP-MCO piloté par monsieur Pascal DELUBAC consacré aux contrôles externes et aux sanctions financières.

► Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) reste à votre disposition pour toute question complémentaire.

MARDI 14 JUIN 2011

RETOURS SUR LA 1^{RE} JOURNÉE THÉMATIQUE DE LA FHP-DIALYSE DU 7 JUIN 2011

120 participants, 23 intervenants, un débat animé autour du parcours du patient insuffisant rénal, la 1^{re} journée thématique de la FHP Dialyse a été l'occasion pour son président, Gilles Schutz, de dénoncer les incohérences du gouvernement en matière de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

Voici le communiqué de presse qui a été adressé aux médias.

La Fédération de l'hospitalisation privée de la Dialyse (FHP-Dialyse) dénonce l'actuelle politique d'incitation tarifaire du gouvernement qui vise à privilégier la dialyse hors centre, en méconnaissance de la tendance observée sur le profil des patients de plus en plus lourds et polyopathologiques.

« Toutes les études montrent que l'insuffisance rénale chronique va rester un problème majeur en France au cours des dix prochaines années et va même probablement s'aggraver avec le vieillissement de la population et notamment l'épidémie de diabète et d'obésité », a affirmé le Dr. Gilles Schutz, président de la FHP-Dialyse, lors d'une conférence de presse.

« Or c'est nier la réalité que de pousser les traitements en hors centre, alors que la tendance est à l'arrivée de patients plus âgés - avec un âge moyen de 75 ans - présentant de lourdes pathologies associées. Cette réalité que nous constatons tous les jours sur le terrain nécessite une prise en charge renforcée et non

DÉPÊCHES

l'inverse », a déclaré le Dr. Schutz, à l'occasion de la Journée thématique FHP-Dialyse consacrée à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

On compte en France entre 1,7 et 2,5 millions de personnes en insuffisance rénale chronique (IRC) avant le stade terminal et environ 70.500 personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Environ 46 % sont traités par greffe rénale et 53 % par dialyse. Deux patients sur cinq traités par dialyse souffrent d'un diabète et 61 % ont plus de 65 ans.

Avec le vieillissement de la population, le nombre de patients augmente de 3 % par an.

La FHP-Dialyse souhaite notamment connaître les éléments épidémiologiques sur lesquels le gouvernement s'est fondé pour mettre en place au 1^{er} mars 2011 une politique tarifaire incitative en faveur du hors centre (autodialyse et prise en charge de la dialyse péritonéale), une mesure qui n'a pas été comprise par les professionnels du secteur. Tous les établissements adhérents de la FHP-Dialyse renseignent pourtant depuis 2002 le registre R.E.I.N (Registre épidémiologique et d'information en néphrologie) qui permet de connaître exactement quantitativement et qualitativement la population prise en charge.

« Nous déplorons l'absence de concertation dans la définition des orientations médico-économiques sur la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC) et l'organisation de la dialyse en France. La récente baisse des tarifs de l'hémodialyse en centre réalisant la convergence complète vers les tarifs du secteur public s'est faite sans que le secteur privé qui réalise en France une hémodialyse sur trois ne soit consulté. Si le principe de la convergence se comprend, la présentation reste inacceptable », a déploré le Dr. Gilles Schutz.

Le secteur privé commercial occupe une place importante dans l'organisation du système de soins : 117 cliniques et hôpitaux privés ont une activité de dialyse sur un total de 310 structures tous secteurs confondus, soit 38 % de l'offre. L'hospitalisation privée représente 35 % des séances d'hémodialyse réalisées chaque année, soit 1,9 million de séances.

Ce secteur a massivement investi depuis une dizaine d'années pour répondre aux exigences de la réforme réglementaire de 2002 redéfinissant l'organisation du système de prise en charge de l'IRC au plan national.

« Nous avons restructuré nos centres de prise en charge afin de les rénover et les doter de plateaux de soins de premier plan, avec un accompagnement médicalisé et sécurisé du patient. Et maintenant le gouvernement nous dit « tous vers le hors centre » ! Il s'agit là d'une politique de régression, aberrante et aveugle qui ne tient pas compte des réalités du terrain et met en danger les patients », a insisté le président de la FHP-Dialyse.

La FHP-Dialyse propose donc la mise en place rapide d'une commission de concertation réunissant tous les professionnels du secteur, le ministère de la Santé et les associations de patients afin de discuter des futures orientations à donner à la politique de prise en charge de l'IRC pour les dix ans à venir.

A PROPOS DE LA FHP-DIALYSE.

La Fédération de l'hospitalisation privée de dialyse (FHP-Dialyse) regroupe 76 structures juridiques et 182 structures géographiques de traitement de l'insuffisance rénale chronique, constituées en établissements de santé privés à statut commercial, avec ou sans hébergement, et dispensant des soins de dialyse. Créé il y a près de trente ans, ce syndicat de spécialité est aujourd'hui affilié à la FHP-MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

MARDI 14 JUIN 2011

CONSEILS SUR LES DISPOSITIFS DE RÉGULATION DES DÉPENSES DES PRODUITS DE SANTÉ INSCRITS SUR LISTE EN SUS

Nous vous avons alertés les 13 juillet 2009 et 9 mars 2011 sur les conséquences du dispositif de régulation des dépenses figurant sur les listes en sus, issu de récentes lois de financement de la sécurité sociale.

Les ARS sont susceptibles de vous demander à compter du mois d'avril de chaque année, de vous engager dans un plan d'action annexé à l'instruction du 8 février 2011 « relative à la diffusion, pour application, du guide méthodologique relatif à la contractualisation en application du dispositif de régulation ». Conformément à ce que nous vous avons indiqué, vous trouverez ci-joint une note qui reprend l'analyse de notre avocat sur ce dossier, et vous donne quelques conseils si le plan de régulation vous était proposé.

Certaines ARS ont engagé un processus de concertation avec les fédérations hospitalières, les invitant à amender le plan d'action afin que la version définitive soit acceptable pour les établissements de santé.

Nous vous invitons à vous rapprocher de votre délégation régionale FHP pour vous assurer des démarches engagées en région.

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

MARDI 14 JUIN 2011

ASSURANCE-MALADIE : LA FHP-MCO DÉNONCE L'ACCUMULATION IRRESPONSABLE DE DÉFICITS COLOSSAUX

Le dernier exercice bénéficiaire de l'assurance-maladie remonte à... 1988 ! De 2007 à 2011, les déficits accumulés totaliseront 42 milliards d'euros... La convergence tarifaire aurait permis d'économiser 12 à 15 milliards d'euros par an.

Voici le communiqué de presse qui a été adressé aux médias le 10 juin 2011.

La FHP-MCO, 1^{re} fédération française de cliniques et hôpitaux privés spécialisés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), dénonce avec vigueur l'accumulation insensée et irresponsable année après année des déficits de l'assurance-maladie qui met en danger le financement pérenne de la santé des Français.

« Nous sommes consternés de voir que l'on puisse se réjouir d'une « embellie » sur le front des comptes de l'Assurance-maladie, alors qu'on sera encore cette année sur un déficit de plus de 10 milliards d'euros », déclare Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO, en réaction à la publication des comptes 2010 de la Sécurité sociale.

« L'assurance-maladie n'a pas été excédentaire depuis... 1988. Les plans se succèdent mais elle continue d'accumuler des déficits colossaux : 91 milliards d'euros cumulés depuis 1998. Sur les cinq dernières années, y compris la

DÉPÊCHES

prévision 2011, on sera à 42 milliards d'euros de déficit ! C'est insensé et totalement irresponsable. Si nous gérons nos cliniques et hôpitaux privés de cette manière, nous serions tous déjà en faillite et il n'y aurait plus de secteur hospitalier privé en France », affirme le président de la FHP-MCO, qui regroupe 700 cliniques et hôpitaux privés en France.

La publication des comptes 2010 de la Sécurité sociale coïncide avec la publication par la commission assurance-maladie de l'Académie de médecine d'un rapport soulignant les « très importants gisements d'économie » qui existent dans les établissements hospitaliers. Il suggère notamment de diminuer les effectifs de personnel administratif et de redéployer le personnel soignant affecté à ces postes.

Le pourcentage de personnel soignant est de 37 % dans le secteur hospitalier privé, contre 17 % à l'hôpital public. « *La gabegie se poursuit à l'hôpital public, alors qu'on pénalise le secteur le plus efficient, les cliniques et hôpitaux privés, qui subissent une tarification des actes hospitaliers inférieure en moyenne de 26 % à celle du public et qu'on bloque les honoraires des praticiens. C'est une atteinte au libre choix des patients et une situation non seulement discriminatoire mais contraire au droit européen »,* souligne le président de la FHP-MCO.

La FHP-MCO continue de réclamer la mise en place d'un tarif unique afin de rétablir une égalité de traitement entre établissements hospitaliers publics et privés.

« *Nous dénonçons le surcoût injustifié imposé à la Sécurité sociale par les différents tarifs entre le privé et le public : pourquoi une prothèse de hanche pour traumatismes récents coûte à la Sécurité sociale 6.881 € à l'hôpital public et seulement 5.436 € dans une clinique ? Pourquoi le traitement d'une embolie pulmonaire de niveau 2 coûte à la Sécurité sociale 4.044, € à l'hôpital public et seulement 2.545€ dans une clinique ? »,* interroge Lamine Gharbi.

Le pilotage technocratique du système de financement au mépris de la bonne gestion financière des comptes sociaux empêche de réorienter l'offre de soins là où sont les besoins. « *Le pire, c'est que personne n'en parle. Ni les médias ni les politiques ni le Parlement, qui prennent bien soin de ne pas évoquer cette impéritie majeure »,* regrette Lamine Gharbi. « *Nous prenons les parlementaires et les Français à témoin car, au final, il ne faut pas se leurrer, ce sont les contribuables ou leurs enfants qui vont trinquer et qui paieront la dette accumulée : il faudra bien soit augmenter encore la CSG soit rationner l'offre de soins ».*

Le président de la FHP-MCO déplore enfin que le gouvernement ait décidé en 2009 de reporter la convergence tarifaire de 2012 à 2018. « *Nous aurions pu réaliser de 12 à 15 milliards d'euros d'économies chaque année. Mais le gouvernement a fait le choix de l'irresponsabilité »,* rappelle Lamine Gharbi.

VENDREDI 17 JUIN 2011

TRAVAUX DE LA COMMISSION TÉLÉMÉDECINE

Une Commission Télémédecine pilotée par le Docteur Dominique POELS a été créée. Dans le cadre des ses travaux, nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire ci-dessous.

Agenda : Une commission extraordinaire se tiendra à Paris le 05 octobre 2011 de 14h00 à 17h00 sur le thème : « La télémédecine : périmètres et moyens disponibles pour un développement réussi ». Chacun d'entre vous est cordialement invité à y participer.

Le décret du 21 juillet 2009 précise la définition de l'activité de télémédecine et pose les conditions de sa réalisation.

DÉPÊCHES

Cependant, les imprécisions des textes sur le financement des établissements et sur la responsabilité des professionnels de santé constituent de véritables freins à son déploiement (en savoir plus).

La Commission Télémedecine est née de la volonté de vous accompagner dans le développement de cette activité. Elle s'est donnée pour objectifs d'élaborer et de proposer des outils et solutions aux établissements pour la mise en œuvre de leurs activités de télémedecine ainsi que d'être force de propositions auprès des tutelles sur les initiatives prises par le secteur.

Afin de déterminer au mieux vos attentes sur cette activité, nous vous demandons de bien vouloir compléter le questionnaire joint à cette dépêche.

VENDREDI 17 JUIN 2011

CAMPAGNE « AGIR POUR LA SANTÉ DE TOUS » SUITE ET FIN

Vous avez été nombreux à voir les pages d'insertion de la FHP-MCO dans les médias (Le Monde, L'Express, Le Point, Le Figaro Magazine, Marianne, Le Nouvel Economiste). La cible principale à laquelle notre campagne s'adressait est la catégorie des CSP+ (Prescripteurs, leaders d'opinion, influenceurs).

Cette campagne devra son succès également à votre engagement en utilisant les outils que nous avons mis à votre disposition :

- un jeu de 4 affiches (= 4 messages) à apposer dans les espaces à fort passage de votre établissement.
- un jeu de 4 cartes destinées à consolider le déroulé de votre argumentaire de valorisation de notre secteur en direction d'interlocuteurs extérieurs (médias, tutelles, élus nationaux et locaux) ou internes (Comité d'Entreprise, CME).

Si besoin, une commande de jeux d'affiches et de cartes supplémentaires est possible auprès de Séverine Defosse, {severine.defosse.mco@fhp.fr}.

Dans le cadre du lobbying national auprès des parlementaires, nous vous invitons à nous faire connaître les retours de rendez-vous éventuels avec vos parlementaires locaux.

Nous vous remercions de toute l'aide que vous saurez nous apporter dans ce travail d'information et de communication.

MARDI 21 JUIN 2011

3^E « CHAT » POLITIQUE FHP-MCO UNE HEURE EN DIRECT AVEC LA DÉPUTÉE MADAME VALÉRIE BOYER

Mardi 28 juin 2011 de 18h à 19h. Valérie BOYER est députée UMP de la 8^{ème} circonscription des Bouches-du-Rhône et adjointe au maire de la ville de Marseille. Elle est rapporteure de la proposition de loi visant à modifier la loi HPST. Elle s'est engagée dans les dossiers relatifs à la santé et l'équilibre nutritionnel (prévention de l'obésité), la couverture d'assurance responsabilité civile professionnelle médicale, la santé de la femme, etc. www.valerie-boyer.fr

DÉPÊCHES

Vous avez l'occasion d'exprimer vos attentes, votre mécontentement, votre incompréhension du système de santé, votre inquiétude sur l'avenir du système de protection sociale, auprès d'un parlementaire investi dans les questions de santé. Vos questions peuvent être liées à l'actualité ou concerner l'évolution du système hospitalier. Utilisons ensemble cette plateforme pour parfaire la connaissance des parlementaires de notre secteur et, à l'inverse, comprendre les moyens d'exercer le meilleur lobbying.

Exprimez-vous en direct le mardi 28 juin ou postez dès à présent en ligne vos questions (www.fhp-mco.fr).

JEUDI 23 JUIN 2011

CONTRÔLES T2A : LES FÉDÉRATIONS HOSPITALIÈRES RÉCLAMENT UN SYSTÈME DE SANCTIONS PLUS JUSTE

Les quatre fédérations hospitalières réclament la mise en place d'un système de contrôle de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements hospitaliers efficace, transparent et équitable.

Voici le communiqué de presse qui a été adressé aux médias le 23 juin 2011.

Les quatre fédérations hospitalières réclament la mise en place d'un système de contrôle de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements hospitaliers efficace, transparent et équitable.

Lors d'une réunion prévue le 28 juin, les directions de la Sécurité sociale et de l'offre de soins du ministère de la Santé, ainsi que la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAMTS), doivent présenter aux fédérations hospitalières (FHP-MCO, FHF, FEHAP, FFCLCC-UNICANCER) les modifications législatives et réglementaires concernant le régime actuel de sanctions qui suscite l'unanimité du secteur hospitalier contre lui.

C'est pourquoi les fédérations demandent :

- la mise en place d'une réelle procédure contradictoire de recours, fondée sur des référentiels partagés ;
- la fin de la disproportion entre les encaissements indus/sanctions financières (variables selon les situations et pouvant atteindre 250 fois le montant des indus) ;
- le non-paiement des sanctions financières en cas de contestation des indus ;
- l'absence d'extrapolation des sanctions financières sur des dossiers non contrôlés.

Le système actuel est par ailleurs totalement inéquitable d'une région à l'autre car le montant de l'amende finale est laissé à la discrétion du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).

Les fédérations hospitalières demandent donc au gouvernement la mise en place de règles de proportionnalité raisonnables et raisonnées des sanctions et la suppression des effets de seuil extrêmement violents qui menacent la survie même de certains établissements, dont la situation financière est tendue.

VENDREDI 24 JUIN 2011

RENOUVELLEMENT DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION FHP-MCO

Mesdames, Messieurs, Chers amis,

Nous arrivons au terme des trois années du premier mandat du Conseil d'administration de la FHP-MCO.

L'article 13 des statuts de notre syndicat FHP-MCO, prévoit que les administrateurs soient élus pour 3 ans, leur mandat étant renouvelable.

Notre prochaine Assemblée générale se tiendra le 20 octobre prochain au CNIT Paris La Défense. Vous trouverez pour mémoire, ci-joint, le PV de notre dernière Assemblée générale.

Je vous rappelle que la FHP-MCO est dirigée et administrée par un Conseil d'administration composé de 56 administrateurs :

- 50 administrateurs élus parmi les représentants des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique, membres des syndicats régionaux à raison de :
 - 25 administrateurs élus par chacun des 25 syndicats régionaux parmi les établissements exerçant la médecine, chirurgie et obstétrique (soit 1 administrateur FHP-MCO par région). Les Présidents de région ont été sollicités à cette fin.
 - 25 administrateurs élus au suffrage universel par tous les représentants des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique réunis en assemblée des établissements MCO conformément à l'article 16 des statuts.

Seuls sont éligibles les représentants légaux, ou leurs mandataires, des établissements exerçant la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique à jour de leurs cotisations régionales, nationales et fédérales 2010.

Nous procéderons à l'élection des 25 membres élus au suffrage universel le 20 octobre 2011. Les candidatures, adressées par lettre à l'adresse du syndicat ou par mail à <severine.defosse.mco@fhp.fr> (fiche de candidature ci-jointe), seront réceptionnées jusqu'au 20 septembre 2011.

À l'issue de l'Assemblée générale, un Conseil d'administration se tiendra afin d'élire les 12 membres du Bureau FHP-MCO pour les trois années à venir.

- 3 administrateurs désignés par le syndicat associé FHP DIALYSE, dont son Président, ès-qualité.
- 3 administrateurs désignés par le syndicat associé UNHPC, dont son Président, ès-qualité.

Je reviendrai vers vous prochainement pour évoquer avec vous le bilan de ces trois années passées et les perspectives à venir.

- ▶ Séverine DEFOSSE (severine.defosse.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

VENDREDI 1^{ER} JUILLET 2011

CONTRÔLES T2A

Les fédérations hospitalières jugent les propositions du gouvernement nettement insuffisantes.

Voici le communiqué de presse qui a été adressé aux médias le 30 juin 2011.

Les quatre fédérations hospitalières (FHP-MCO, FHF, FEHAP, FFCLCC-UNICANCER) jugent, en dépit de quelques avancées qui vont dans le bon sens, toujours nettement insuffisantes les dernières propositions du gouvernement pour réformer le dispositif de sanctions du système de contrôle de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements hospitaliers.

Lors d'une réunion le 28 juin, les directions de la Sécurité sociale et de l'offre de soins du ministère de la Santé, ainsi que la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAMTS), ont présenté des propositions de modifications réglementaires concernant le régime actuel de sanctions qui suscite l'unanimité du secteur hospitalier contre lui.

Les fédérations hospitalières se félicitent d'avoir été écoutées sur les orientations à prendre mais estiment cependant que la traduction concrète dans le projet de décret n'est pas de nature à rassurer totalement les professionnels de santé.

Ainsi, sur les quatre grands points précis de revendications, seul l'un d'eux a fait l'objet d'une avancée, toutefois encore insuffisante. Les pouvoirs publics ont accepté en effet de limiter de 1 à 10 (contre 1 à plus de 30 auparavant) le rapport entre les encaissements indus et le montant des sanctions financières prononcées à l'encontre des établissements hospitaliers.

Les fédérations continuent d'estimer cette disproportion arbitraire car variable selon les situations et donc inacceptable en l'état. Elles réclament une limitation de 1 à 3 et la prise en compte des éléments de sous facturation au même titre que les éventuelles surfacturations dans le calcul des indus.

Sur les autres griefs faits au système actuel, les demandes des fédérations n'ont toujours pas été entendues, à savoir :

- la mise en place d'une réelle procédure contradictoire de recours, fondée sur des référentiels partagés, qui est pourtant un principe constitutionnel reconnu : le ministère de la Santé s'est borné à proposer une rencontre de la direction de l'établissement par la commission de contrôle.
- le non-paiement des sanctions financières en cas de contestation des indus et pendant la durée de la procédure contradictoire, là aussi un principe constitutionnel et communautaire européen reconnu : aucune avancée n'a été notée sur ce point.
- enfin, que soit mis fin au dispositif arbitraire d'extrapolation qui permet aujourd'hui d'établir des sanctions financières sur des dossiers non contrôlés : là également, aucune avancée n'a été faite.

Les fédérations hospitalières réitèrent leur demande de la mise en place d'un système efficace, transparent et équitable, fondée sur une méthodologie claire, des règles de proportionnalité raisonnables et raisonnées des sanctions et des principes de recours contradictoire clairement établis.

Les fédérations hospitalières resteront vigilantes sur les modifications des supports complémentaires et en particulier du « guide contrôle T2A » qui doit être modifié en concertation avec les fédérations en novembre 2011.

DÉPÊCHES

VENDREDI 1^{ER} JUILLET 2011

FINANCEMENT DE LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (PDSSES)

**Financement de la Permanence des soins en établissement de santé (PDSSES)
Prorogation de l'existant au moins jusqu'en septembre 2011.**

Compte tenu de la disparition des URCAM du fait de la loi HPST, le mécanisme de financement de la permanence des soins de nos praticiens en établissement de santé devait être effectivement modifié à compter du 1^{er} juillet 2011 en basculant dans le champ des MIGAC. Nous avons été informés que le mécanisme de financement des gardes et astreintes libérales dans le cadre des contrats de pratiques professionnels (CPP) signés avec l'URCAM est prorogé. Tout laisse à penser que ce report, compte-tenu de la période estivale, le sera vraisemblablement au moins jusqu'au mois de septembre 2011.

Nous vous tiendrons informés rapidement dès que nous aurons des informations complémentaires sur ce sujet.

- ▶ Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute question complémentaire sur le sujet.

VENDREDI 8 JUILLET 2011

2^E CONGRÈS DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

**Mercredi 21 septembre 2011. 10h00 à 17h00. Maison des Arts et Métiers
9 bis, avenue d'Iéna 75016 Paris.**

Le 14 septembre 2010 la FHP-MCO a lancé son premier Congrès des Représentants des Usagers. Ce congrès a rassemblé plus de 250 directeurs d'établissements, représentants d'associations de santé, d'usagers et représentants institutionnels qui se sont réunis pour débattre et échanger sur la place de l'usager et de son représentant dans le système de santé. Fort de ce succès et de la volonté des participants de réitérer cet événement, nous avons le plaisir de vous annoncer qu'un second Congrès se tiendra le mercredi 21 septembre 2011 de 10h00 à 17h00 à la Maison des Arts et Métiers, Paris 16e.

Le développement de notre secteur, l'avenir de notre profession passeront par un travail de proximité et d'ouverture avec nos usagers et leurs représentants.

À qui s'adresse ce congrès ? - Aux usagers, à tous les représentants d'usagers (CRU, associations de patients), aux médecins, directeurs d'établissements et à leurs cadres.

Rejoignez-nous pour participer à une journée qui s'annonce riche en participations et en échanges ! Le patient est au cœur de nos préoccupations !

Nous vous remercions de bien vouloir relayer l'information auprès des intéressés dans votre établissement.

Vous trouverez le préprogramme ainsi que votre bulletin d'inscription en PJ.

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

MERCREDI 20 JUILLET 2011

DÉPLOIEMENT FIN 2011 DU TÉLÉ-SIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le télé-sigalement des infections nosocomiales (IN) sera généralisé et finalisé à compter du 5 janvier 2012. (Fin du signalement papier sauf en mode dégradé)

PASSAGE DU SIGNALEMENT DES IN SUR SUPPORT PAPIER AU SIGNALEMENT ÉLECTRONIQUE

Le signalement externe des infections nosocomiales (IN) mis en place en 2001 sur support papier sera bientôt remplacé par un signalement par voie électronique, qui sera généralisé en janvier 2012. Nous vous invitons à vous y préparer dès maintenant en vous rapprochant si nécessaire de votre CCLIN.

Cette généralisation est l'aboutissement d'un projet piloté par l'Institut de veille sanitaire (InVS), dénommé « E-sin » qui a été lancé en 2008.

Ce projet, s'inscrit dans une politique générale de développement des télé-signalements en santé, destinée à améliorer ce signalement et en favoriser l'intérêt et l'exploitation par les pouvoirs publics mais aussi par les établissements de santé tenus de signaler.

Nous attirons votre attention sur le calendrier du déploiement du télé-sigalement qui sera progressif (par inter-régions/CCLIN) pour aboutir à une généralisation en janvier 2012 :

- Inter-région Est : du 1er octobre au 15 octobre 2011
- Inter-région Ouest : du 15 au 30 octobre 2011
- Inter-région Sud Ouest : du 1er, au 15 novembre 2011
- Inter-région Sud Est : du 15 au 30 novembre 2011
- Inter-région Paris-Nord : du 1er au 15 décembre 2011

E-SIN EN PRATIQUE :

Ce télé-sigalement externe suppose une connexion des établissements de santé (praticiens des équipes opérationnelles d'hygiène et responsables du signalement) sur un site internet sécurisé. Ce site permet de remplir et valider la fiche de signalement, de la rendre accessible à ses destinataires (CCLIN et ARS, puis InVS) d'y joindre tout document utile (antibiogramme, rapport d'investigation, etc), et d'avoir connaissance de son devenir.

Chaque utilisateur aura accès à l'historique des signalements et pourra interroger la base nationale pour extraire des statistiques ou rechercher des événements déjà signalés.

OUTILS COMPLÉMENTAIRES BIENTÔT À VOTRE DISPOSITION :

Un « Guide du signalement » sera mis à votre disposition par l'InVS à l'automne 2011. Il portera sur le signalement interne et le signalement externe, le suivi du signalement et le rappel des textes réglementaires.

Un manuel d'utilisation de l'outil E-Sin sera prochainement mis en ligne sur le site internet de l'InVS.

En attendant, nous vous invitons à consulter l'Instruction DGOS du 18 mai 2011 relative au déploiement de l'outil de télé-sigalement des infections nosocomiales dénommé « e-sin ».

- Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) reste à votre disposition pour vous apporter de plus amples renseignements.

VENDREDI 22 JUILLET 2011

NOUVELLE VERSION DE LA BASE LPP / VERSION 243**Mise en ligne de la version 243 de la base LPP (Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie).**

La CNAMTS a mis en ligne sur le site internet ameli la nouvelle version de la base LPP. Elle contient les données nécessaires à la facturation d'un code LPP et comporte l'ensemble des historiques d'un code LPP. Le site vous propose un lien vous permettant de faire une recherche par code, par désignation ou par chapitre. Cette nouvelle version corrige :

- la date de fin de prise en charge des pansements Aquacel de la société Convatec inscrits sous nom de marque jusqu'au 02/07/2011, sous les codes : 1309805-1315941-1322088-1328091-1349348. A compter du 03 juillet 2011, les pansements seront inscrits sous lignes génériques, toutefois conformément à l'arrêté du 30 juillet 2010 (JO du 26/08/2010), la prise en charge sous nom de marque est prolongée durant 90 jours (soit jusqu'au 29/09/2011 inclus), afin de permettre un écoulement des stocks. Durant la période du 02/07/2011 au 29/09/2011, les deux nomenclatures se chevaucheront.

Elle intègre également :

- L'arrêté du 17 juin 2011 relatif à l'inscription du dispositif d'assistance circulatoire mécanique HEARTWARE de la société HEARTWARE INTERNATIONAL Inc au chapitre 1er du titre Ier et au chapitre 4 du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. (JO du 22/06/2011)
- L'arrêté du 17 juin 2011 relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de biolimus BIOMATRIX FLEX de la société BIOSENSORS Int. France SARL au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. (JO du 22/06/2011)
- L'arrêté du 17 juin 2011 relatif à l'inscription de la prothèse auditive ostéo-intégrée BAHA de la société COCHLEAR France SAS au chapitre 3 du titre II et au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. (JO du 22/06/2011)
- L'arrêté du 17 juin 2011 relatif à l'inscription du système de réparation méniscale par voie arthroscopique OMNISPAN de la société DEPUY MITEK au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. (JO du 22/06/2011)
- L'arrêté du 17 juin 2011 relatif à la modification des modalités d'inscription et aux radiations de greffons vasculaires inscrits au chapitre 3 du titre III de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale. (JO du 23/06/2011)

La base est actualisée au Journal Officiel du 23 juin 2011.

- Thibault GEORGIN (thibault.georgin.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

VENDREDI 22 JUILLET 2011

PLAQUETTE DE L'AGENCE DE BIOMÉDECINE 2011

Modalités de financement des activités de procréation, d'embryologie et génétique humaines, de prélèvement et greffe d'organes

La plaquette des données de financement de la campagne tarifaire 2011 pour les activités de l'Agence de Biomédecine vient de paraître.

Il n'y a pas de modifications notables des tarifs concernant ces activités pour l'année 2011.

La plaquette vient en complément des deux éditions précédentes éditées par l'Agence de la biomédecine en 2009 et 2010 et disponibles sur le site internet de l'Agence :

- Modalités de financement des activités de procréation et génétique humaines et de prélèvement et greffe de d'organes,
- Addendum de juillet 2010.

Elle présente sous forme de tableaux les données de financement de la campagne tarifaire 2011, avec comparaison pour le secteur public et privé, concernant :

- Les coordinations hospitalières de prélèvements d'organes et de tissus,
- Le prélèvement d'organes,
- La greffe d'organes,
- Le prélèvement et greffe de cellules souches,
- Le suivi post-greffe,
- La prise en charge des activités transversales à la greffe,
- L'allogreffe de cornées,
- La ponction folliculaire et l'AMP.

Concernant les modalités de financement, les forfaits de Prélèvement d'Organe (PO) sont dorénavant valorisés sur la base des données PMSI du séjour du donneur : l'établissement du donneur rembourse l'établissement de rattachement de l'équipe chirurgicale du montant du ou des forfaits PO correspondants.

Outre cette plaquette, le rapport annuel de l'agence de la biomédecine pour 2009, figure sur leur site internet. Le rapport de 2010 sera bientôt mis en ligne.

- Thibault GEORGIN (thibault.georgin.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

LUNDI 25 JUILLET 2011

GUIDE D'ALLOCATION DES DOTATIONS AC

La DGOS met à la disposition des Agences regionales de santé (ARS) un guide d'allocation des dotations d'Aides à la contractualisation (AC).

Le guide d'allocation des dotations d'Aides à la contractualisation vient d'être mis à la disposition des ARS. Ce guide a pour objet d'accompagner les ARS dans le travail nécessaire d'objectivation des AC. Il a pour but de définir les principes d'utilisation des aides et de définir leurs périmètres.

Il a aussi pour objectif de donner un ensemble de conseils dans la délégation des crédits, en conformité avec les règles générales issues du droit interne et du droit communautaire. En effet, l'absence d'objectivation des délégations de dotations AC peut entraîner :

DÉPÊCHES

- une condamnation de l'ARS devant les tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et une annulation de l'ensemble des délégations de crédits sur la base du non respect des principes d'égalité et de non discrimination;
- une condamnation de l'État français sur la base d'une incompatibilité avec le droit communautaire.

Pour chaque établissement bénéficiaire d'une dotation AC, l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), devra dorénavant préciser :

- l'objet de l'AC;
- les engagements de l'établissement pris pour mettre en œuvre le projet faisant l'objet d'un financement AC;
- la pertinence des délégations de crédits;
- les critères ayant permis de sélectionner l'établissement;
- les critères de compensation, ayant permis de calculer le montant de la dotation.

Nous vous invitons vivement à prendre connaissance de ce guide.

Nous attirons votre attention sur le fait que nous avons réagi, avec le concours des délégations régionales FHP, sur un projet lors d'une consultation (lettre ci-jointe) en juin 2011 conduite par les services du Ministère.

Nous vous rappelons également que la FHP-MCO a déposé un recours européen en octobre 2010 invitant à demander à l'État français de respecter le droit communautaire. Cette procédure juridique, longue, est toujours en cours.

- Thibault GEORGIN (thibault.georGIN.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

MERCREDI 27 JUILLET 2011

APPEL À PROJETS « RECHERCHE CLINIQUE » LOI HPST

Les établissements de santé seront invités par la DGOS dans les prochaines semaines à participer à un appel à projets pour la création et la labellisation de 20 à 25 centres de recherche clinique. L'objectif est de mettre en place des plateformes d'aide à l'inclusion des patients dans les essais cliniques, d'acquisition des données, et d'aide à l'investigation.

A notre connaissance, les établissements de santé, quelle que soit leur nature juridique, auront jusqu'au 30 septembre pour participer à cet appel à projets.

Vous trouverez annexés à la présente dépêche un projet de circulaire relative à l'organisation de la recherche clinique, ainsi que ses annexes consacrées à la description des nouvelles missions et modalités de financement des DRCL, au rôle des inter-régions, aux axes de la professionnalisation des personnels, aux appels à projets de la DGOS, au cahier des charges des CRC.

Vous trouverez également le projet de dossier type de candidature à l'appel à projets de labellisation d'un centre de recherche clinique, qui peut prendre la forme d'un GCS si cela permet de répondre aux exigences du cahier des charges.

DÉPÊCHES

DÉFINITION DES CENTRES DE RECHERCHE CLINIQUE

Il s'agit de nouvelles « structures hospitalières d'appui à l'inclusion et l'investigation en recherche clinique (...) purement dédiées à l'aide à la recherche clinique et à l'acquisition de données ».

Ils seront « chargés d'assurer la mission spécifique d'appui à l'activité de recherche clinique au niveau local par leur rôle de plateforme d'aide à la recherche clinique, d'appui à l'inclusion et à la réalisation des essais et d'interface patient/chercheur ».

FINANCEMENT

Le financement des CRC débutera en 2011 par un versement de 500 000 euros qui sera renouvelé sur une période totale de 5 ans éventuellement renouvelable en fonction des résultats, évalués par la DGOS.

OBJET DE LA RECHERCHE A PRIVILEGIER

La recherche clinique à privilégier est « celle portant sur l'évaluation de l'impact des stratégies et des pratiques de soins essentiellement au moyen d'essais comparatifs interventionnels en cohérence avec la politique poursuivie par les programmes de recherche clinique de la DGOS ».

Les critères d'évaluation pris en compte seront le projet scientifique, les interactions du CRC avec son environnement (services cliniques hospitaliers en tout premier lieu et le cas échéant partenaires industriels et de développement, unités de recherche), le nombre et la qualité des programmes de recherche clinique en cours sur le site de l'établissement, la description des moyens et procédures du CRC et des modalités de mise en œuvre sur le ou les sites...

► Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) reste à votre disposition pour toute question complémentaire.

VENDREDI 29 JUILLET 2011

APPEL À PROJETS « RECHERCHE CLINIQUE » LOI HPST

En complément à la dépêche du 27 juillet 2011, nous portons à votre connaissance de nouveaux éléments relatifs à l'appel à projets des centres de recherche clinique.

Nous vous confirmons que les dossiers seront évalués par un comité d'experts indépendant dont les membres seront désignés par la DGOS.

La date limite de dépôt des dossiers est le 30 septembre 2011 et les résultats de cet appel à projets seront publiés début novembre 2011.

Vous trouverez annexés à la présente dépêche :

- Une nouvelle version du projet de circulaire relative à l'organisation de la recherche clinique, ainsi que ses annexes consacrées à la description des nouvelles missions et modalités de financement des DRCL, au rôle des inter-régions, aux axes de la professionnalisation des personnels, aux appels à projets de la DGOS, au cahier des charges des CRC et des CIC.

La nouveauté majeure porte sur le fait que pour les établissements hébergeant des CIC, la DGOS lance aussi un appel à projets spécifique dont l'objectif est le renforcement de l'investigation clinique.

- Une nouvelle version du projet de dossier type de candidature à l'appel à projets de labellisation d'un centre de recherche clinique (CRC), qui peut prendre la forme d'un GCS si cela permet de répondre aux exigences du cahier des charges.

DÉPÊCHES

La nouveauté, faisant suite à une de nos demandes, porte sur que le fait que l'engagement de la DRCI n'est plus la seule référence pour assurer les rôles et missions liés à la promotion de la recherche : « *Il est clairement précisé que les CRC mettent en œuvre le projet de recherche mais n'effectuent ni le contrôle, ni la promotion, ni le monitoring des essais. C'est pourquoi l'engagement de la structure assurant les missions liées à la promotion et la gestion de la recherche clinique pour l'établissement (DRCI par exemple), est demandé.* »

Par ailleurs, il faut souligner une nouvelle rédaction relative aux rôles des CHU : « *Les CHU ont vocation à jouer un rôle de tête de réseau dans l'organisation régionale de la recherche clinique et sont conviés à promouvoir et à coordonner des structures de coopération inter-établissements sous la forme de groupement de coopération sanitaire (GCS).* »

A noter que les incitations financières sont prévues à cette fin : « *Si tous les membres d'un GCS conviennent de la mise en commun, dans la structure coopérative, des moyens nécessaires à la promotion de la recherche clinique, et donc des crédits alloués à cette fin sur la base de la consolidation des indicateurs précités, une incitation budgétaire sera accordée dès 2012 à ces structures sous la forme d'une majoration en pourcentage de l'enveloppe budgétaire DRCI ainsi identifiée. Les financements seront alors alloués directement aux GCS concernés.* »

Ces nouvelles versions constituent a priori celles qui seront diffusées.

► Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) reste à votre disposition pour toute question complémentaire.

MERCREDI 17 AOÛT 2011

ENQUÊTE : REPRÉSENTANTS DES USAGERS DANS NOS ÉTABLISSEMENTS

Dans le cadre de la préparation du Congrès FHP-MCO du 21 septembre 2011 consacré aux représentants des usagers et aux associations de santé nous souhaitons élaborer un état des lieux de la participation des représentants des usagers dans nos établissements. Le questionnaire ci-dessous auquel nous vous prions de bien vouloir répondre est national (FHF, FEHAP, FHP-MCO, Unicancer et la Mutualité française). Les résultats feront l'objet d'une présentation au Congrès Usagers du 21 septembre prochain mais également d'une présentation publique lors d'un colloque organisé le 9 mars 2012, à la Cité de la santé (Universcience, Paris) ainsi que d'une publication. Nous vous remercions de bien vouloir prendre quelques minutes pour le compléter.

A vos agendas !

2e Congrès des Représentants des Usagers Mercredi 21 septembre 2011
09h30 à 17h00 Maison des Arts et Métiers - 9 bis Avenue d'Éléna Paris 16e

JEUDI 18 AOÛT 2011

MISE SOUS ENTENTE PRÉALABLE « DÉCRET D'APPLICATION ARTICLE L162-1-17CSS » PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a modifié les dispositions de l'article L162-1-17 du code de la sécurité sociale relatives à la procédure de mise sous entente préalable en prévoyant notamment qu'un décret d'application définirait la procédure contradictoire devant précéder la MSEP. Ce décret n°2011-955 paru au journal officiel le 12 août 2011, est rentré en application le 13 août 2011.

Ce décret introduit une nouvelle section au Code de la sécurité sociale, qui prévoit désormais en son article D162-1-17 que les étapes de la procédure contradictoire sont les suivantes :

Notification à l'établissement de la liste des prestations concernées par la MSEP envisagée

Notification à l'établissement par le directeur général de l'Agence régionale de santé (DGARS), de la liste des prestations d'hospitalisation pour lesquelles il envisage la mise en œuvre de la procédure de mise sous accord préalable.

Attention : La notification peut être réalisée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Observations écrites ou audition de l'établissement par le DGARS

Eventuelles observations écrites du représentant légal de l'établissement ou demande d'audition par le DGARS ou son représentant, dans le délai d'un mois à compter de la date de réception de la notification.

Lors de cette éventuelle audition, le représentant légal de l'établissement peut se faire assister par la personne de son choix.

Notification de la décision motivée à l'établissement

A l'expiration du délai d'un mois ou après l'audition du représentant légal de l'établissement, si celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai :

Notification de la décision à l'établissement par le DGARS par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception.

Précisions :

- La décision du DGARS doit être motivée.
- La décision doit énoncer la date effective d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, son terme, les prestations concernées, ainsi que les voies et délais de recours.

Information des caisses d'assurance maladie par le DGARS

Il appartient enfin au DGARS de faire connaître sa décision au directeur de l'organisme local d'assurance maladie concerné et au service du contrôle médical de cet organisme.

Pour votre bonne information, vous trouverez les observations que nous avons transmises à la DSS et à la DGOS dans le cadre du projet de la concertation sur ce projet de décret.

- Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) reste à votre disposition pour toute question complémentaire.

LUNDI 22 AOÛT 2011

A L'ATTENTION DES MATERNITÉS PRIVÉES : PRÉPARATION DU RETOUR À DOMICILE

Invitation de maternités privées à participer à un Groupe de travail de la CNNSE les 15 septembre, 8 novembre et 5 janvier prochains, à Paris.

CONTEXTE

La Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), placée auprès du ministre chargé de la santé, a pour mission de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique fixés pour la périnatalité et pour la santé de l'enfant et d'apporter son concours et son expertise pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques en matière de périnatalité et de santé de l'enfant.

La FHP-MCO y est jusqu'à présent activement représentée par M. Jean-François HILAIRE, Directeur général de l'Alliance des Maternités catholiques (membre titulaire), et par Mme Marie France GAUCHER, Directrice de la Polyclinique de Navarre à Pau (membre suppléant).

Lors d'une réunion de la CNNSE au début de l'année 2011, l'assurance maladie a présenté un « *programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés* » : En bref, ce programme expérimental repose sur l'immixtion d'un représentant administratif de l'assurance maladie dans la prise en charge médicale et dans l'organisation des soins, afin de favoriser un retour précoce à domicile des patientes, et selon toute vraisemblance, de baisser ainsi la durée de séjour et les tarifs. La désapprobation que ce programme a suscitée chez l'ensemble des professionnels de la naissance est d'autant plus vive, qu'aucune concertation préalable n'a été menée par l'assurance maladie

Nous devons être particulièrement vigilants car l'assurance maladie entend généraliser ce dispositif en obstétrique, puis dans d'autres activités de soin.

Les interventions de la FHP-MCO et des différents syndicats et collègues professionnels ont permis pour le moment de sursoir à cette expérimentation sur une grande échelle.

La CNNSE a elle aussi déploré l'absence de concertation et a décidé de se saisir du sujet sous l'angle des actions mises en œuvre sur le terrain par les professionnels.

PROCHAINES ÉTAPES

Le professeur PUECH qui préside la CNNSE a donc constitué un sous-groupe de travail, qui s'est réuni pour la première fois le 28 juin dernier et se réunira à nouveau les 15 septembre et 8 novembre 2011 ainsi que le 5 janvier 2012, à 14h00, à Paris au Ministère de la santé afin notamment de recenser et de valoriser les travaux spontanément engagés par les acteurs de terrain sur la préparation du retour à domicile et la réduction de la durée moyenne de séjour.

Les conclusions de ce groupe de travail devront être rendues au premier trimestre 2012.

Le professeur PUECH souhaite que les établissements privés et les professionnels libéraux avancés sur ce sujet puissent présenter leur organisation lors de la réunion du mois de septembre et/ou du mois de novembre.

Nous vous invitons à nous indiquer rapidement si vous souhaitez participer à ces réunions.

DÉPÊCHES

Cette participation qui suppose d'avoir réalisé un travail avancé sur le sujet du retour à domicile, peut être valorisante pour votre maternité et pour l'ensemble du secteur que nous représentons.

Compte tenu des enjeux pour votre établissement et pour notre profession, nous vous remercions vivement par avance pour vos réponses.

Vous trouverez annexés à la présente dépêche les documents de présentation du projet PRADO, les propositions de la FHP-MCO transmises à Mme PODEUR et au directeur de la CNAMTS, ainsi que la note de la FHP-MCO remise par notre représentant, M. Jean-François HILAIRE au Professeur PUECH lors de la réunion du 28 juin dernier.

► Chloé TEILLARD (chloe.teillard.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout complément d'information.

VENDREDI 26 AOÛT 2011

RECHERCHE CLINIQUE PUBLICATION CIRCULAIRE ORGANISATION DE LA RECHERCHE CLINIQUE

Le 12 août dernier, la circulaire du 29 juillet relative à l'organisation de la recherche clinique a été publiée sur le site internet du Premier ministre << circulaires.gouv.fr >>.

Par deux dépêches FHP-MCO, nous vous avons informés d'un prochain appel à projets pour la création et la labellisation de 20 à 25 centres de recherche clinique (CRC). Ces centres se définissent comme des plateformes d'aide à l'inclusion des patients dans les essais cliniques, d'acquisition des données, et d'aide à l'investigation.

Le projet de circulaire « relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique » en notre possession vous avait alors été transmis.

La version définitive de la circulaire a été publiée le 12 août 2011. Vous la trouverez plus bas ainsi que ses annexes. Outre la création des CRC, cette circulaire décrit l'organisation de la recherche clinique réformée par la loi HPST. Nous vous rappelons en effet que la loi HPST ainsi que la jurisprudence européenne ouvrent la mission de service public de recherche à l'ensemble des acteurs de santé indépendamment de leur nature juridique.

Il est très important, pour la vitalité de la recherche mais aussi pour valoriser les actions conduites au sein de notre secteur d'activité, que les établissements de santé privés qui sont en mesure de le faire participent d'avantage à la recherche clinique. Les services du Ministère sont en attente de dossiers issus de l'Hospitalisation Privée.

Nous vous encourageons donc vivement à lire cette circulaire avec attention, et si cela est possible, à participer à cet appel à projets avant le 7 octobre prochain. Vous trouverez en annexe IIB le dossier de candidature à l'appel à projets de labellisation d'un centre de recherche clinique.

► Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) reste à votre disposition pour toute question complémentaire.

LUNDI 29 AOÛT 2011

ACTIVITÉ DE SOINS DE TRAITEMENT DU CANCER VISITES DE CONFORMITÉ - RISQUE DE RETRAIT D'AUTORISATION

Conseils aux établissements dont la non-conformité aux normes règlementant l'activité de soin de traitement du cancer a été constatée.

Nous vous avons alertés à plusieurs reprises sur les risques juridiques encourus par les établissements de santé et leur représentant légal, en cas de poursuite d'une activité de soins non autorisée.

En complément, vous trouverez annexée à la présente dépêche, deux notes donnant quelques conseils aux établissements qui sont titulaires d'une autorisation d'activité de soins de traitement du cancer, mais dont les résultats de la visite de conformité aboutissent à ce que l'ARS engage la procédure décrite à l'article L6122-13 du Code de la santé publique.

► Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) reste à votre disposition pour toute question complémentaire.

MERCREDI 7 SEPTEMBRE 2011

LOI N°2011-814 DU 7 JUILLET 2011 RELATIVE À LA BIOÉTHIQUE

Présentation synthétique des principales modifications apportées par la loi de bioéthique.

Attendue depuis 2009, la révision de la loi de bioéthique a été adoptée et publiée en juillet 2011. Elle adapte les textes en vigueur aux évolutions de la science et de la recherche, sans remettre en cause les principes fondamentaux de la bioéthique (dignité de l'être humain, respect dû au corps, protection de l'embryon, anonymat et gratuité du don, caractère libre et éclairé du consentement). Contrairement à ce qui avait été annoncé, l'évolution du droit est moins significative que prévu, les parlementaires s'étant ravisés face aux fortes réactions que certaines propositions avaient suscitées, notamment au regard de l'anonymat du don.

Cette loi traduit notamment une volonté politique de donner un nouvel élan :

- au don d'organes et de cellules (dont les gamètes) illustrée entre autres par l'introduction du don croisé d'organes avec la possibilité de donner ses gamètes indépendamment d'une procréation antérieure, ainsi que d'une large information de la population sur le don d'organes, de tissus et de cellules (information des lycéens, organisation d'une journée citoyenne, information des assurés sociaux...). Peut enfin désormais être donneur d'organe « toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif étroit et stable depuis au moins deux ans avec le receveur » ;
- au prélèvement de sang de cordon avec notamment l'introduction et l'encadrement du prélèvement de cellules à des fins autologues ainsi qu'à la recherche sur l'embryon dont le régime juridique est clairement défini ;
- à l'AMP clinique et biologique. L'AMP clinique est redéfinie, les nouvelles pratiques sont encadrées plus strictement et il est mis fin au régime d'agrément

DÉPÊCHES

des médecins participant à l'activité d'AMP clinique. Par ailleurs, les conditions d'accès à l'AMP sont assouplies (il n'est plus nécessaire d'être marié ou d'apporter la preuve d'une vie commune pour y recourir).

Malheureusement, les actions déployées notamment avec le Syndicat des centres privés de fécondation in vitro ainsi que le Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France, visant à autoriser la pratique du don d'ovocytes aux centres privés n'ont pas été retenues dans cette révision de la Loi de bioéthique. Cependant nous persévérons dans notre action qui permettrait de réduire le temps d'attente des couples qui peut atteindre actuellement cinq ans, et de ne plus exclure nos établissements qui réalisent actuellement près de 60 % de l'assistance médicale à la procréation en France. Afin de soutenir notre action auprès des parlementaires et pouvoirs publics, nous vous invitons par ailleurs à vous associer à la pétition que vous trouverez en lien à l'initiative du Syndicat des centres privés de fécondation in vitro (<http://www.amp-france.com/petition.php>).

Vous trouverez en Annexe 1 une présentation des principales modifications qui peuvent avoir un retentissement sur votre établissement ainsi que sur les pratiques des professionnels de santé qui y exercent et en Annexe 2, une rapide présentation de la loi article par article.

► Chloé Teillard (chloe.teillard.mco@fhp.fr) reste à votre disposition pour toute question complémentaire.

MARDI 13 SEPTEMBRE 2011

NOUVELLE VERSION DE LA BASE LPP / VERSION 249

Mise en ligne de la version 249 de la base LPP (Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie).

La CNAMTS a mis en ligne sur le site internet ameli la nouvelle version de la base LPP. Elle contient les données nécessaires à la facturation d'un code LPP et comporte l'ensemble des historiques d'un code LPP.

Le site vous propose un lien vous permettant de faire une recherche par code, par désignation ou par chapitre.

Elle intègre :

- L'arrêté du 25 août 2011 relatif à l'inscription du système pour stimulation cérébrale profonde ACTIVA PC de la société Medtronic France SAS au chapitre 4 du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (JO du 31/08/2011)
- L'arrêté du 25 août 2011 relatif à l'inscription de l'endoprothèse aortique abdominale ENDURANT de la société Medtronic France SAS au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (JO du 31/08/2011)
- L'arrêté du 25 août 2011 relatif à l'inscription du corps bifurqué One Lok de l'endoprothèse Anaconda de la société VASCUTEK France inscrite au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (JO du 31/08/2011)
- L'arrêté du 25 août 2011 relatif à l'inscription du cotyle monobloc RM PRESSFIT VITAMYS et de l'insert SELEXYS VITAMYS de la société MATHYS ORTHOPEDIE SAS au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (JO du 31/08/2011)
- L'arrêté du 25 août 2011 relatif à l'inscription de l'endoprothèse coronaire (stent) enrobée de zotarolimus RESOLUTE INTEGRITY de la société Medtronic France SAS au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations

DÉPÊCHES

remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. (JO du 31/08/2011)

- L'arrêté du 25 août 2011 relatif à la radiation du générateur champs électromagnétiques pulsés PHYSIO-STIM LITE de la société ORTHOFIX SA inscrit au chapitre 1er du titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. (JO du 31/08/2011)
- L'arrêté du 25 août 2011 relatif à l'extension d'indications de l'endoprothèse aortique abdominale ZENITH FLEX AUI de la société COOK France inscrite au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. (JO du 31/08/2011)
- L'arrêté du 25 août 2011 relatif au renouvellement et à la modification d'inscription du verre scléral SPOT du laboratoire d'appareillage oculaire au chapitre 5 du titre II de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. (JO du 31/08/2011)

La base est actualisée au Journal Officiel du 31 août 2011.

Nous vous invitons à prendre connaissance de cette liste.

- Thibault GEORGIN (thibault.georgin.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

VENDREDI 23 SEPTEMBRE 2011

1^{ER} CONGRÈS ANNUEL FHP-MCO - JEUDI 20 OCTOBRE 2011- CNIT PARIS LA DÉFENSE

Notre avenir sous contrainte des déficits publics !

Mesdames, Messieurs, Chers Amis, J'ai le plaisir de vous inviter à participer à notre premier Congrès annuel au cours duquel se tiendra notre troisième Assemblée Générale le : Jeudi 20 octobre 2011 de 9h à 18h. Au CNIT – 2 Place de la Défense – 92044 Paris LA DEFENSE. (Métro : Grande Arche - La Défense)

Des intervenants d'exception nous feront l'honneur d'enrichir les débats lors de cet événement :

- Monsieur le Ministre Bernard KOUCHNER « Quel est l' Avenir de la protection sociale en France »
- Monsieur François DE CLOSETS, Journaliste et Economiste « Déficit publics : Quelles solutions ? »
- Madame Annie PODEUR, Directrice Générale de la DGOS « Les évolutions attendues de l'environnement hospitalier

L'après-midi, les adhérents du syndicat se réuniront en Assemblée Générale où nous évoquerons notamment les sujets d'actualité de notre secteur (campagne tarifaire 2012). Les médecins DIM et les Présidents de CME se retrouveront séparément en groupes de travail. En espérant vous y retrouver nombreux !



AGIR POUR
LA SANTÉ DE TOUS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

VENDREDI 23 SEPTEMBRE 2011

CONGRÈS ANNUEL DE LA PROFESSION - JEUDI 20 OCTOBRE 2011

Invitation des Médecins DIM au Congrès annuel de la profession le jeudi 20 octobre 2011.

Mesdames, Messieurs, Chers Amis,

6 ans après la mise en place de la T2A, il est légitime d'effectuer un 1er bilan, c'est pourquoi nous avons souhaité vous inviter à participer à notre Congrès annuel qui aura lieu le jeudi 20 octobre prochain au CNIT, 2 place de la Défense – Paris La Défense.

Nous partagerons ensemble la matinée pour échanger et partager sur les problématiques communes, aux Directions, aux Présidents de CME et à vous-mêmes. Cette matinée de travail sera clôturée par Madame Annie Podeur, Directrice Générale de la Direction Générale de l'Organisation des Soins.

Le programme de cette matinée vous sera très prochainement adressé.

A l'issue du cocktail déjeunatoire, organisé et offert par la FHP-MCO, vos travaux débiteront à partir de 14 heures (salle Apollinaire).

L'après-midi sera piloté par le Dr. Paul Garassus, Président du Conseil scientifique du Baqimehp, et s'achèvera par un débat portant sur l'opportunité de créer une association nationale de Médecins DIM du secteur privé. Une telle association constituerait un outil pour renforcer la légitimité des positions que votre profession est amenée à défendre.

LUNDI 26 SEPTEMBRE 2011

NOUVELLE VERSION DE LA BASE LPP / VERSION 251

Mise en ligne de la version 251 de la base LPP (Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie).

La CNAMTS a mis en ligne sur le site internet ameli la nouvelle version de la base LPP. Elle contient les données nécessaires à la facturation d'un code LPP et comporte l'ensemble des historiques d'un code LPP. Le site vous propose un lien vous permettant de faire une recherche par code, par désignation ou par chapitre. Elle intègre :

- L'arrêté du 6 septembre 2011 relatif à l'inscription du jambage iliaque ZENITH SPIRAL-Z pour endoprothèses aortiques abdominales ZENITH FLEX et ZENITH RENU de la société COOK France inscrites au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (JO du 13/09/2011).
- L'arrêté du 6 septembre 2011 relatif à la modification des conditions d'inscription des systèmes de télésurveillance pour défibrillateurs cardiaques implantables et à l'ajout de références au système de télésurveillance LATITUDE de la société BOSTON SCIENTIFIC SAS (JO du 13/09/2011).
- L'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (JO du 16.09.2011).

La base est actualisée au Journal Officiel du 16 septembre 2011.

- ▶ Thibault GEORGIN (thibault.georgin.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour toute information complémentaire sur le sujet.

MERCREDI 28 SEPTEMBRE 2011

1^{ER} CONGRÈS ANNUEL DE LA FHP-MCO JEUDI 20 OCTOBRE 2011 - CNIT PARIS LA DÉFENSE

Invitation des Présidents de CME au Congrès annuel de la profession le jeudi 20 octobre 2011.

Chers Confrères, Chers Amis,

Nous avons décidé cette année de profiter du Congrès annuel de la FHP-MCO qui aura lieu le Jeudi 20 octobre prochain au CNIT, 2 place de la Défense – Paris La Défense pour organiser une journée de travail ainsi que l'Assemblée Générale de la CNPCMEHP.

Dans le cadre de l'indispensable rapprochement et dialogue des directions et des Présidents de CME, nous partageons ensemble la matinée pour échanger et partager sur les conditions de notre avenir dans un environnement de déficit budgétaire chronique.

Interviendront sur ce thème, Monsieur le Ministre Bernard KOUCHNER sur le sujet de la protection sociale, et Monsieur François DE CLOSETS, journaliste et économiste, sur le sujet du budget de la France et la responsabilité des politiques qui selon lui, ont été impuissants à gérer les finances du pays. Cette séance sera clôturée par Madame Annie PODEUR, Directrice Générale de la Direction Générale de l'Organisation des Soins. Le programme complet de cette matinée vous sera très prochainement adressé.

A l'issue du cocktail déjeunatoire, organisé et offert par la FHP-MCO, les directeurs se réuniront en Assemblée Générale, et les Présidents de CME se retrouveront à partir de 14 heures (salle Apollinaire).

Vous trouverez ci-joint le programme de l'après-midi ainsi que le bulletin d'inscription à retourner impérativement à la FHP-MCO.

Nous nous félicitons du partenariat que nous avons conduit tout au long de l'année 2011 avec la FHP-MCO, notamment sur les formations médicales à la gestion du risque. L'approche en binôme Direction-CME des problématiques médicales, est fondamentale pour le développement du secteur privé.

Nous comptons sur votre participation active.

MERCREDI 28 SEPTEMBRE 2011

RECOURS EUROPÉEN DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS MCO

Retombées dans la presse de la plainte à Bruxelles déposée par les cliniques et hôpitaux privés MCO pour atteinte à la libre concurrence.

La profession vient de faire entendre sa voix dans les médias comme rarement dans son histoire ! C'était le bon moment : une lecture claire de l'activité des deux secteurs hospitaliers rendue possible grâce à la T2A désormais généralisée, la proximité des décisions parlementaires pour le PLFSS 2012, l'environnement de la crise et, cerise sur le gâteau, le rapport de la Cour des Comptes. Le bon dossier : juridique et européen. Enfin, le bon endroit : la presse professionnelle et économique ont convaincu la presse généraliste de leur emboîter le pas. Bref, une belle

DÉPÊCHES

constellation. Quel impact auprès de l'opinion publique ? Cette couverture presse a sans doute renforcé les préjugés à notre égard chez certains, mais a aussi ébranlé des certitudes. Nous avons démontré auprès des tutelles notre capacité à réagir et à nous défendre ou plutôt, pour une fois, à attaquer ! Dans cette jolie mêlée d'un nouveau genre, nous sommes confiants.

Nous avons le plaisir de porter à votre connaissance la revue de presse et vous en souhaitant bonne lecture.

MERCREDI 28 SEPTEMBRE 2011

REPORT DE LA DEMI-JOURNÉE D'INFORMATION TÉLÉMÉDECINE DU 5 OCTOBRE 2011

Agenda : La demi-journée thématique sur le thème : « La télémédecine : périmètres et moyens disponibles pour un développement réussi » prévue le 05 octobre 2011 est reportée à une date ultérieure. Nous profitons de ce report pour relancer notre questionnaire sur l'état des lieux de l'activité de télémédecine dans notre secteur. Merci de bien vouloir le compléter en ligne (lien ci-après) si vous ne l'avez pas encore rempli.

Les rencontres parlementaires consacrées à la médecine de proximité (initialement prévues le 21 septembre) sont désormais fixées au 5 octobre 2011. Nos intervenants étant mobilisés pour ces rencontres, nous sommes contraints de reporter notre demi-journée d'information intitulée « La télémédecine : périmètres et moyens disponibles pour un développement réussi » prévue le même jour. Nous vous informons très prochainement de la nouvelle date retenue pour l'organisation de cette demi-journée d'information.

Nous vous rappelons qu'un questionnaire vous a été adressé afin de déterminer vos besoins sur cette activité. Nous avons actuellement un retour pour une soixantaine d'établissements, aussi, si ce n'est déjà fait, nous vous remercions de bien vouloir compléter le questionnaire, en ligne, en cliquant sur le lien ci-après.

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

JEUDI 29 SEPTEMBRE 2011

LA CONFÉRENCE NATIONALE DES PRÉSIDENTS DE CME DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (CNP-CME-HP) PUBLIE SA DEUXIÈME NEWSLETTER

Comme vous le savez, nous soutenons les initiatives de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée. Elle a déjà organisé des formations à l'attention des médecins. Nous nous en étions faits le relais. Aujourd'hui, elle publie sa deuxième Newsletter.

La CNPCMEHP a acquis une reconnaissance au sein de toutes les instances et groupes de travail de la DGOS, HAS, conseils nationaux chirurgie, urgences, Conférence nationale de santé... Cette newsletter se veut être un lien fort entre la représentation nationale et les CME de terrain.

Nous vous invitons à en prendre connaissance : www.cnpcmehp.com

JEUDI 29 SEPTEMBRE 2011

RENOUVELLEMENT DES CBUM

Les contrats de bon usage du médicament (CBUM) pourront être prorogés au même titre que les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour harmoniser la durée des contrats établissements.

En cette fin d'année chargée où les contrats liant les établissements aux ARS arrivent à expiration, nous avons alerté la DGOS dans un courrier en date du 5 septembre 2011 sur le renouvellement des CBUM et la charge de travail que cela représentait pour nos établissements.

Compte tenu du lien juridique entre les CBUM et les CPOM et de la volonté des pouvoirs publics de donner d'avantage de cohérence à l'organisation sanitaire (illustrée récemment par la prorogation des SROS et des CPOM par la Loi Fourcade publiée le 11 juillet 2011.) nous avons demandé en toute logique que ce renouvellement s'effectue concomitamment avec celui des CPOM ; d'une part pour soulager les établissements, et d'autre part pour faire disparaître les disparités régionales car certains contrats ont déjà été renouvelés l'an dernier. Le but était de pouvoir reporter, le cas échéant, la procédure de renouvellement des CBUM jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau décret relatif à ces contrats qui devra alors contenir des dispositions transitoires.

Une réponse nous a été adressée le 19 septembre. Un bilan a été réalisé en 2010 par la DGOS, en partenariat avec les ARS et les OMEDIT, qui a montré la nécessité de faire évoluer le décret relatif au CBUM sur ce point.

En effet, il apparaît indispensable à la DGOS :

- d'harmoniser la durée des CBUM avec celle des CPOM, les périodes de recueil et d'évaluation en particulier entre le calendrier du CBU et celui de l'article 47 de la LFSS pour 2009, ainsi que les périodes de recueil des indicateurs HAS pour les établissements de santé,
- de standardiser le rapport d'étape annuel en intégrant les indicateurs généralisés de la HAS,
- et d'accompagner les régions avec des outils d'évaluation harmonisés.

La FHP MCO sera prochainement consultée sur le projet de décret qui intégrera ces modifications.

Dans cette attente, nous vous invitons à informer vos ARS de la position de la DGOS (courrier à télécharger) afin que les CBUM entrent dans le cadre général de la prorogation des CPOM.

En conséquence, nous vous recommandons de prévoir le renouvellement du CBUM en même temps que celui du CPOM afin de garantir une cohérence entre ces deux contrats. Nous vous rappelons que la validité des SROS III est prolongée jusqu'à la publication des nouveaux SROS et PRS. Les CPOM qui arrivent à échéance avant le 31 mars 2012 peuvent être prorogés par voie d'avenant pour une durée allant jusqu'à six mois après la publication du PRS.

- Daisy Roulin (daisy.roulin.mco@fhp.fr) est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.



The background features large, stylized letters in a bright blue color against a dark blue background. On the left, a large 'D' is partially visible. In the center, a vertical 'L' is prominent. On the right, a large 'S' is partially visible. The text is centered over the 'L'.

LES ÉDITOS
DU PRÉSIDENT
LAMINE GHARBI

ÉDITOS

JEUDI 28 OCTOBRE 2010

LE TRAVAIL C'EST LA SANTÉ ?

La très forte mobilisation de la population contre la réforme de la retraite montre que le travail est ressenti comme un poids dont il faut se débarrasser au plus vite. Il est temps de réfléchir à intégrer la qualité de vie au travail comme un indicateur de modernité à prendre en compte dans le PIB des pays riches. Ce bien-être au travail est un thème, également promu et porté récemment par la HAS, qui a fait l'objet d'un séminaire fermé jeudi dernier afin d'en poser les enjeux et faire un point sur les actions en cours. Médiatisation des

IL EST TEMPS DE RÉFLÉCHIR À INTÉGRER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL COMME UN INDICATEUR DE MODERNITÉ À PRENDRE EN COMPTE DANS LE PIB DES PAYS RICHES.

suicides à France Télécom (et chez les médecins notamment), campagne contre les TMS à l'initiative du Ministère du Travail, engagement croissant d'entreprises dans la RSE - Responsabilité sociale des entreprises (obligatoire seulement aujourd'hui pour les sociétés cotées en bourse), voici

un faisceau d'éléments qui concourent à placer ce sujet parmi les « top one ». Pour ce qui nous concerne, verrouillés par nos tarifs, nous sommes dans l'incapacité de proposer une augmentation des salaires à nos personnels : travaillons sur leur bien-être, emparons-nous du Plan Santé au Travail 2 et soyons les meilleurs élèves de la classe ! Enfin, et pas des moindres actualités, nous serons 74 millions d'habitants dans cinquante ans dont un tiers aura plus de 60 ans et 200 000 seront centenaires, de quoi nous faire réfléchir à nos missions de soignants.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 4 NOVEMBRE 2010

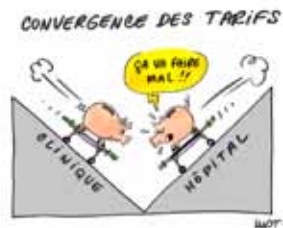
EN MATIÈRE PARLEMENTAIRE, L'ENDURANCE ET LA TÉNACITÉ SONT NÉCESSAIRES

26 amendements ont été déposés par l'hospitalisation privée dans le cadre du PLFSS 2011, dont 5 à l'initiative de la FHP-MCO. Notre amendement 24 contre la création des maisons de naissance, adopté dans un premier temps par la commission des affaires sociales a été retiré à la demande du gouvernement, qui a toutefois apporté des précisions et mieux défini son projet. La FHP-MCO décide de monter au créneau de façon plus offensive avec la diffusion d'un flyer en direction de l'ensemble des parlementaires et des principaux maillons de décision. Par ailleurs, un amendement a été adopté concernant l'amélioration de la définition des manquements aux règles de codage et de facturation

**NOTRE MOTIF DE BATAILLE
RESTE LA CONVERGENCE.**

susceptibles de faire l'objet de sanctions financières. Si les dés sont manifestement jetés, les jeux ne sont pas faits et la partie se poursuit à partir du 8 novembre à la chambre des sénateurs. Notre motif de bataille reste la convergence. Les parlementaires viennent de donner la main au gouvernement pour converger, non pas vers le secteur de l'hospitalisation privée, jugé plus efficient, mais vers les tarifs les plus bas, nonobstant le secteur hospitalier auquel ils correspondent. Pour mémoire, les tarifs du privé (incluant les honoraires) sont plus chers pour 64 GHS. Il est toutefois fort à parier que l'engagement du ministère de la santé de réaliser 150 millions d'économie, l'amènera à tailler en priorité dans les 2240 autres GHM... Nous espérons que Roselyne Bachelot répondra à nos inquiétudes lors de sa visite à l'occasion des Rencontres annuelles à venir.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



ÉDITOS

JEUDI 18 NOVEMBRE 2010

BIENVENUE À NORA BERRA !

Après Roselyne, Nora ! Nous sommes ravis d'accueillir à nouveau une femme comme patronne. Naturellement, Xavier Bertrand pilotera l'ensemble de sa haute main de maître. Nous nous sommes pris à rêver que ce très bel attelage choisirait les Rencontres annuelles de l'hospitalisation privée des 18 et 19 novembre, pour faire sa première grande apparition publique mais les contraintes liées à sa prise de fonction ont noyé nos espoirs.

Pourtant le temps ensemble de fixer des objectifs, méthodes et calendrier, doit arriver sans tarder. Nous rappellerons à Xavier Bertrand son engage-

**SI NOUS SOMMES UNE FORCE
DE RÉFLEXION, NOUS POURRONS ÊTRE
UNE FORCE**

ment : une enveloppe sociale dédiée à l'hospitalisation privée et la garantie d'une convergence (« *nous ne renoncerons pas à une convergence...* » affirme-t-il à l'Assemblée nationale, voir film « *Tarif unique* » sur www.fhp-mco.fr).

L'hospitalisation privée peut-elle être sereine sur son avenir ? Saurez-vous nous donner des perspectives, ouvrir nos horizons ? Reconnaissez-vous que l'hospitalisation privée est un atout dont la France ne sait pas tirer parti ? C'est ce que nous aurions souhaité vous demander demain. Nous espérons vous accueillir très nombreux jeudi et vendredi aux Rencontres de la profession : l'occasion de se rassembler, de se connaître. Si nous sommes une force de réflexion, nous pourrons être une force de frappe.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



ÉDITOS

JEUDI 25 NOVEMBRE 2010

SOMMES-NOUS TOUS DES IRLANDAIS ?

Nous assistons impuissants à un jeu de domino extrêmement dangereux : l'empilement des déficits des états, leur incapacité à rembourser les dettes font vaciller l'économie mondiale. Bien que Jacques Attali, invité des Rencontres annuelles de la profession, nous expliquait que « le politique » n'aimait pas les mauvaises nouvelles, nous sommes contraints de répéter qu'entretenir les déficits de notre secteur, est une pure folie. « *La santé est une chance pour la croissance* » affirmait l'intellectuel français, soulignant notre légitimité à nous faire entendre. « *Soyez positifs* » nous enseignait le coach en management invité de la FHP-MCO : « vous n'êtes pas des aventuriers de la pantoufle » ! Message reçu 5 sur 5. Ce bon sens nous a distrait des nuages

LA SANTÉ EST UNE CHANCE POUR LA CROISSANCE.

sombres qui s'amoncellent au-dessus de nos têtes mais nous a surtout regonflé et vitaminé pour recommencer depuis le début notre travail en direction des nouvelles équipes du ministère. Nous prendrons au mot François Fillon qui déclarait dans son grand oral hier à l'Assemblée nationale ; « *Nous ne devons pas laisser dériver les comptes de l'assurance maladie par démagogie. Notre responsabilité collective ne peut pas être esquivée* ».

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 2 DÉCEMBRE 2010

TOUR DE PASSE-PASSE

Les parlementaires ont sans doute le sentiment du travail bien fait : en période de crise, ils ont réussi le tour de force de voter un PLFSS en augmentation de 2,9 % (2,8 % pour le monde hospitalier) ! De retour dans leur circonscription, souriants, ils vous aborderont satisfaits d'avoir accédé à la demande de la profession. C'est alors que vous devrez leur expliquer que le compte décidé-ment n'y est pas car de cet engagement fort il ne restera au final pour vous qu'une « augmentation » environ de 0 % de vos tarifs ! Vous ferez alors

NOUS NOUS BATTONS POUR AMÉLIORER VOTRE ORDINAIRE.

ensemble le constat douloureux que, entre un gouvernement autoritaire et une administration omnipotente, la voix des laborieux - parlementaires et chefs d'entreprise - est bien faible. Dans les jours qui viennent nous serons fixés sur l'augmentation du volume d'activité 2010, dernier paramètre à entrer dans la moulinette de la DGOS qui décidera de nos tarifs. Plus le volume sera important, plus la pression sur les tarifs 2011 sera forte. Maigre sera la consolation de notre part d'environ 1 % des MIGAC dont l'enveloppe augmentera vraisemblablement de 2,8 %. Alors, nous nous battons pour améliorer votre ordinaire : autorisations, sanctions T2A, sanctions sur le contrat de bon usage des médicaments...et en premier lieu les EMI car l'impact pour 160 établissements est considérable. La santé est un facteur de croissance, c'est juste une question de perspective !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITO

JEUDI 9 DÉCEMBRE 2010

LE MAÎTRE ÉTALON

Les provocations en provenance des médias ou de décideurs en santé à l'encontre de notre secteur privé se sont faites nombreuses ces jours derniers. Faute à la météo maussade ? Pour remplir notre mission – soigner les personnes, parmi les 65 millions de Français, qui se présentent à nos portes – nous n'avons nul besoin de nous étalonner sur le secteur public. Nos valeurs et notre professionnalisme nous portent, les contraintes réglementaires, cahiers des charges, et autres contrôles nous encadrent, nos résultats parlent pour

LA QUALITÉ APPARTIENT À CEUX QUI S'EN DONNENT LA PEINE.

nous. Nous ne sommes complémentaires de quiconque (ou alors à la façon « yin-yang »), nous existons à part entière !

Les patients n'appartiennent à personne et la qualité appartient à ceux qui s'en donnent la peine. Nos patients qui sont nos donneurs d'ordre ne s'intéressent pas au statut juridique de l'établissement hospitalier en bas de chez eux. Ils attendent des soins de qualité en toute sécurité, c'est ce que nous leur offrons.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 16 DÉCEMBRE 2010

UN SECTEUR PRIVÉ, PRIVÉ DE LIBERTÉ

NOUS NE SOMMES PAS PRIVÉS DE NOTRE CAPACITÉ À PRENDRE LES RÊNES DE NOTRE SECTEUR.

Notre inquiétude est vive quant à la réalisation de l'ONDAM 2010 dont dépendra la politique tarifaire 2011. La circulaire ministérielle de fin de campagne tarde à sortir. Est-ce un signe d'espoir ou de surchauffe ? Par ailleurs, les points d'accord avec nos collègues du secteur public se multiplient étrangement ces derniers temps : des sanctions financières inacceptables, la fiabilité de l'ENCc, la pertinence des actes sans référentiel issu de sociétés savantes, etc... Et si nous bâtissions une nouvelle fédération originale pour défendre nos dossiers communs ? Nous sommes privés de liberté d'entreprendre, privés d'horizon, privés d'équité...mais pas privés de notre capacité à prendre les rênes de notre secteur et à refuser de courber l'échine devant nos grands ordonnateurs ! À 2010 succédera 2011...

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

LA PRESSE PUBLIE DE NOMBREUX CLASSEMENTS SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



EDITOS

JEUDI 23 DÉCEMBRE

BRILLER DE MILLE FEUX

Notre participation à l'ENCc suscite l'intérêt de la presse professionnelle qui ne s'y trompe pas en voyant dans cette étude de coût, un élément essentiel du dispositif de management et décisif pour notre avenir. Allons plus loin et suivons les recommandations de Jacques Attali de nous doter d'outils incontournables pour avancer dans la convergence ; la Cour des Comptes apparaissant

**FAISONS BRILLER DE MILLE FEUX
LES SAPINS DE NOËL
DE NOS ÉTABLISSEMENTS**

comme l'interlocuteur adhoc. Nous n'aurions rien à craindre de cette transparence sauf celle de voir se rétablir une vérité des chiffres. La belle affaire que de révéler des chiffres bénéficiaires d'entreprises de soin dynamiques dont le pays a besoin : nous en sommes fiers ! Mais également une belle plateforme pour révéler ceux déficitaires d'établissements méritants pris en étau dans les incohérences du système et vers lesquels notre énergie se focalise prioritairement. Notre défense passera par des stratégies techniques mais avant tout par une défense idéologique. Lorsqu'un secteur est facteur de croissance pour un pays, il est irresponsable de peu à peu vouloir en éteindre les lumières. Faisons briller de mille feux les sapins de Noël de nos établissements. Un très joyeux Noël à tous.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



ÉDITOS

JEUDI 6 JANVIER 2011

POUR UNE SANTÉ MEILLEURE !

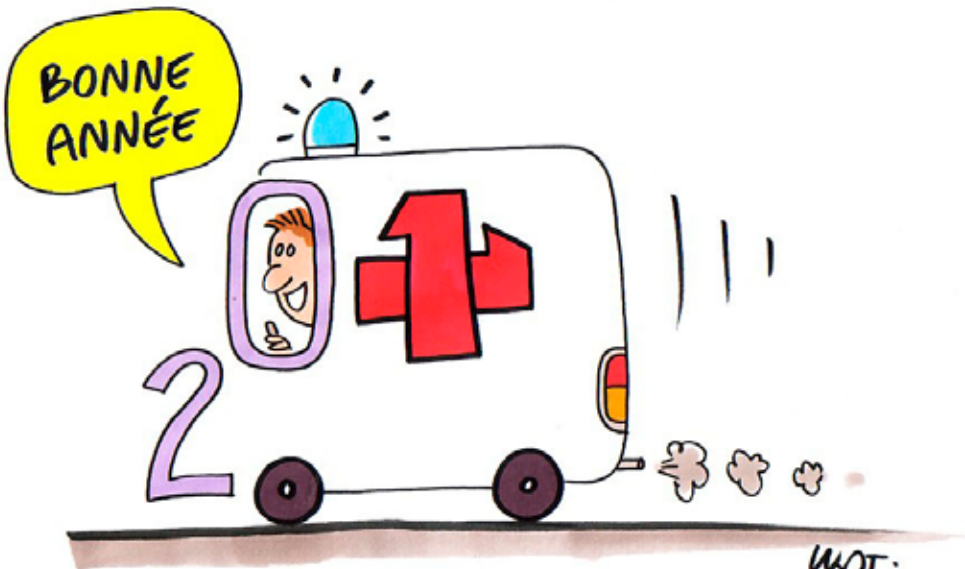
Prioriser la santé dans sa liste de vœux pour cette nouvelle année renseigne souvent sur l'âge de son auteur. Et pourtant, s'employer à rester en bonne santé est une préoccupation qui nous occupe dès le premier jour. Alors nous formulons le vœux que ce droit inaliénable à la santé pour tous cesse d'être

SOIGNER C'EST BIEN, MAIS SOIGNER BIEN, C'EST MIEUX !

pieu et devienne jour après jour une réalité, ici en France et ailleurs sur la planète. Nous vous souhaitons donc une excellente santé pour vous, vos proches, vos patients, vos salariés, vos entreprises et vos prestataires ! Soigner c'est bien, mais soigner bien, c'est mieux ! La logique du bénéfice/risque présente dans tous les esprits suite à l'affaire du Médiateur et ses trois nouveaux collègues, affutera le regard des médias sur la pertinence de nos actes. Que cette préoccupation soit la vôtre, en priorité !

Enfin, nous voulons partager avec vous notre pensée très émue en souvenir du Docteur Louis Serfaty qui nous a quitté en cette fin d'année. Garant de la mémoire de notre profession et toujours prêt à en découdre, grand humaniste, sa sagesse et son intelligence nous manquent. Respect...

Une excellente année 2011 à tous,



ÉDITOS

JEUDI 13 JANVIER 2011

LA CONFIANCE, C'EST LA FOI ENSEMBLE !

L'État doit assainir drastiquement les dépenses publiques pour rester dans les clous européens et éviter d'emboîter le pas du Portugal, après la Grèce et l'Irlande. Quels sont ces derniers verrous à faire sauter pour remettre à plat notre système de santé qui coûte 10 % du PIB ? Nous disposons au moins d'une échéance, celle des élections présidentielles de 2012 que nous envisagerons différemment à la lecture de nos tarifs au 1^{er} mars, dont nous devrions connaître la couleur d'ici la fin du mois. Pas de pronostic mais des convictions dans notre capacité à faire et à rebondir. Dans l'immédiat, nous n'avons pas besoin de révélations « à la WikiLeaks » pour découvrir le système faille de la pharmacovigilance. Nous allons passer au scanner nos armoires à pharmacie, et prendre au mot Philippe EVEN . Nous n'avons pas besoin d'une

LA SATISFACTION DE NOS PATIENTS ET NOTRE BOUSSOLE.

nouvelle réglementation dont nos établissements n'ont pas les moyens pour mesurer la satisfaction de nos patients.

Nous le faisons depuis le début, en interne, de façon plus fine, car cette photographie est notre boussole et nous allons le faire savoir. Donc gardons la confiance dans notre capacité à faire évoluer notre secteur et à le faire entrer dans le 21^e siècle : gardons la foi ensemble !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 20 JANVIER 2011

LE BIZUTAGE !

« Il y a deux accueils chez vous : un moment récréatif et un bizutage ! » déclarait Nora Berra hier soir lors de la traditionnelle cérémonie des vœux de la FHP en démarrant son discours après celui de la FHP-MCO. « Mais ça ne durera que 14 mois » lui a rétorqué son prédécesseur Roselyne Bachelot également présente ! Ambiance ! Les vœux 2011 étaient un bon millésime alors que 2 ministres se disputaient la vedette. « Vous pouvez être fiers, votre

**VOTRE SECTEUR CONCOURT
PLEINEMENT À LA QUALITÉ ET LA
PÉRENNITÉ DE L'OFFRE DE SOIN !**

secteur concourt pleinement à la qualité et la pérennité de l'offre de soin ! » insistait Nora cherchant la réplique au message unique que nous avons martelé : nos tarifs. Le film pédagogique « Un même métier, une même mission, un même tarif ? » n'a pas pris une ride et nous n'avons pas résisté à l'envie de lui faire visionner « en live » notre extrait préféré, celui où Xavier Bertrand déclare à l'Assemblée nationale son engagement pour une convergence en 2012. Nora Berra pourra le visionner dans son intégralité, à son aise, sur le i-pad que nous lui avons offert à cet effet. Nous avons enfin formulé une proposition simple : MIGAC augmentation 0 %, puisque les privilégier pénalise frontalement les établissements privés pour lesquels la rémunération de l'activité de soin représente 97 % versus 78 % pour le secteur public ; volume prévisionnel d'activité : 2 % ; évolution tarifaire résultante : 1,2 %. Cqfd !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 27 JANVIER 2011

« NOUS N'AVONS PAS D'ARGENT MAIS NOUS AVONS DES IDÉES ! »

Cette phrase de Barack Obama extraite de son récent discours politique nous rappelle 1973, et a également le goût amer d'un bis repetita pour les hospitaliers dans l'attente du 1^{er} mars 2011. Des idées, ideas, Gedanken...c'est ce que le séminaire stratégique des administrateurs de la FHP-MCO qui se tient aujourd'hui et demain à Montpellier doit produire. L'argent, la capacité du Fonds de stabilité européen à lever 5 milliards et la demande de 45 milliards des investisseurs témoignent de la solidité de la zone euro et marquent un tournant. Nous voulons y voir le signe d'un environnement global plus optimiste et favorable à agir pour la santé. L'hospitalisation privée ne se laissera pas euthanasier ! Objectif de notre séminaire : même si les nuages s'amoncellent sur nos têtes, vous annoncer du soleil !

L'HOSPITALISATION PRIVÉE NE SE LAISSERA PAS EUTHANSIER !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 3 FÉVRIER 2011

DEUX JOURS POUR PENSER À VOUS

Au cours de ce conseil d'administration exceptionnel des 27 et 28 janvier, les thèmes de la tarification et des relations avec les médecins ont mené les débats. La T2A est-elle morte-née ? Lorsque la part des dotations augmente dangereusement au détriment de la part de la « rémunération de l'activité », on est en droit de s'interroger sur la volonté de notre tutelle à préserver ce modèle. Est-il d'ailleurs satisfaisant que nous ne disposions d'aucune visibilité sur notre gestion ? C'est précisément ce que des investisseurs outre-Rhin ont posé comme condition avant de privatiser un premier CHU à Magdeburg : pouvoir bâtir un business plan solide à 5 ans, sinon rien ! Mais que sommes-nous sans les praticiens qui demeurent la colonne vertébrale de notre secteur libéral ? La préservation de l'accessibilité de tous passera par une nécessaire socialisation du secteur 2

CES OBJECTIFS POUR ÊTRE ATTEINTS, DOIVENT ÊTRE PARTAGÉS PAR L'ENSEMBLE DES ACTEURS.

et donc par la redéfinition transparente du coût de la pratique médicale et de la prise en compte des contraintes. Nous ne ferons pas l'économie d'une définition de la gouvernance médicale et de l'intégration des évolutions sociétales. Nous avons besoin d'une communauté médicale en première ligne sur la sécurité, la qualité et l'organisation des soins médicaux. Des contraintes externes obligeront-elles les deux parties, médecins et établissements, à n'en faire qu'une seule ? Des stratégies d'alliance doivent se déployer en direction de nos principaux partenaires : les tutelles, les usagers, les syndicats médicaux et les élus. Mais comment exprimer et transmettre nos messages ? Nous avons besoin d'une communication interne forte, solide afin que notre profession évolue en une corporation avertie et unie, non pour se battre contre, mais pour la liberté d'agir pour la santé de nos concitoyens. Ne perdons-nous pas systématiquement le match public/privé, même à domicile ? Tentons alors de contourner ce handicap en conviant les usagers à se placer à nos côtés dans une posture de victime : une hospitalisation privée, privée de liberté d'agir et demain, des usagers privés de la liberté d'être soignés. L'ensemble de ces grands principes ont été posés puis discutés ; le bureau de la FHP-MCO est missionné pour décliner une ligne politique d'actions concrètes qui sera soumise au prochain conseil d'administration. Toutefois, ces objectifs pour être atteints, doivent être partagés, non pas par les seuls administrateurs, mais par l'ensemble des acteurs. Alors, qu'en pensez-vous ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 10 FÉVRIER 2011

RENDICACION OU PROSPECTION ?

L'histoire nous enseigne qu'il n'y a aucun espoir de voir la part du PIB relaté à la santé, augmenter. Nous constatons que le volume, un mix tarif/activité, s'éleve en 2010 à 2,7 pour un ONDAM à 2,8, ne nous laissant aucune marge de manœuvre alors que la macro-économie est la seule logique de la puissance publique. Le débat est donc clos avant d'avoir commencé : soyons lucides, pour l'heure, l'époque où l'enveloppe des dépenses de santé augmentait de 3,5 % (voire plus) est révolue. Tant que la convergence inter-sectorielle ne sera pas effective, aucune marge de manœuvre ne sera possible. Ne nous

ENTRER DANS UNE NOUVELLE ÈRE EN S'ENGAGEANT DANS UNE DÉMARCHE RÉSOLEMENT PROSPECTIVE.

trompons pas de cible... ce sont bien les 26 % d'écart entre nos deux secteurs qu'il convient de chasser... car cela représente tout de même 6 milliards d'euros, (soit 75 % de l'enveloppe privée en GHS). Pour l'heure et dans ce contexte, notre syndicat doit-il suivre une ligne tarifaire revendicative ou bien faire le deuil d'une époque et entrer dans une nouvelle ère en s'engageant dans une démarche résolument prospective ? Il ne faut pas nous endormir dans les bras de l'État, nous battre sur les dotations MIGAC, et oublier ce qui fait notre force : l'exercice libéral mais aussi notre capacité d'innovation, d'anticipation, d'invention... Nous étions les premiers sur la chirurgie ambulatoire, la coelo-chirurgie, quels sont nos prochains coups d'avance ? Au lieu de courir après, si nous montrons le chemin ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 17 FÉVRIER 2011

NOUS SOMMES UN ACTEUR LÉGITIME À LA PDS

Les chiffres ne sont pas seulement des formules arithmétiques mais des révélateurs d'incohérences. La comparaison des 760 millions d'euros que coûtent la permanence des soins dans le secteur public avec les 30 à 40 millions d'euros qu'elle représente dans le secteur privé est déstabilisante. Elle devient renversante lorsque l'on rappelle que notre secteur accueille en France globalement un patient sur deux et plus de 2 millions d'urgences. Certes, ces enveloppes ne financent pas les mêmes coûts (nous n'avons

**NOUS REVENDIQUONS HAUT
ET FORT DE PARTICIPER AUX MISSIONS
DE SERVICE PUBLIC.**

que trois spécialités financées contre toutes les spécialités présentes à l'hôpital public, voilà à nouveau une distorsion de concurrence !) mais rémunèrent une activité comparable : celle nécessaire aux interventions chirurgicales au cœur de la nuit, mais aussi et surtout les sollicitations pour avis à distance ou avec déplacement sur le site de l'établissement. Nous revendiquons haut et fort de participer aux missions de service public. Il ne faudrait pas que, sous prétexte de rationalisation des moyens, seule l'hospitalisation privée en fasse les frais et soit mise à l'écart. Avec 3 lignes de « gardes », nos praticiens sont déjà lourdement pénalisés !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 24 FÉVRIER 2011

PAS DE MIRACLE !

Les chiffres viennent de tomber : le secteur hospitalier public verra ses tarifs évoluer de -0,83 % et notre secteur de -0,05 %. Nos incessantes demandes de revalorisation à 1 % se sont brisées sur l'autel de la macro-économie. Nos parlementaires se démènent pour obtenir un ONDAM hospitalier à 2,8 % et les arbitrages ministériels le traduisent par une baisse de tarifs ! La machine est devenue folle. Comment peut-on exiger de chefs d'entreprise d'accuser 5 années de suite une stagnation, voire une baisse de leur chiffre d'affaires, et ce, dans un environnement aussi contraint que le nôtre ? À force d'éteindre des lumières, nous fermerons la boutique. En 2011, la T2A est bel et bien dévoyée, le financement à l'activité perd du terrain au profit de celui des dotations : les MIGAC augmentent de 2,8 % pour une utilisation qui reste opaque et à 99 % fléchée vers le secteur public. Toutefois, 1 % sera attribué à la formation des internes, que certains d'entre nous accueilleront prochainement. Une mauvaise nouvelle mais attendue : la cataracte suit son parcours ENCC « à -8 ». Une bonne nouvelle, espérée : les chambres particulières pourront être facturées en ambulatoire et nous mettrons fin à cet interminable bras de fer. Ces derniers mois, en direct, nous vous avons informés des faits, des tendances tarifaires, nécessaires à la gestion de vos établissements, sachant que l'anticipation et la visibilité sont deux éléments essentiels au management. Aujourd'hui, enfin informés, nous devons inventer l'impossible.

L'ANTICIPATION ET LA VISIBILITÉ SONT
DEUX ÉLÉMENTS ESSENTIELS AU
MANAGEMENT.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 3 MARS 2011

L'ÉMERGENCE DU PATIENT EXPERT

Cela ne vous aura pas échappé, l'année 2011 sera celle du patient. Son expertise sera la bienvenue lors de notre deuxième congrès des usagers le 21 septembre prochain, ainsi qu'au sein de nos CRUQPC, où la question de la formation des représentants des usagers se pose. Le patient siège dans les instances régionales, nationales et quand il parle, les décideurs l'écoutent.

POURQUOI NOTRE EXPERTISE, CELLE DES PATRONS, EST-ELLE AUSSI PEU PRISE EN CONSIDÉRATION ?

Pourquoi notre expertise, celle des patrons, est-elle aussi peu prise en considération ? Nos analyses sont solides, nos documents sourcés, notre posture, responsable. Le profil de l'émetteur serait-il aussi, voire plus important, que son message ? Connaissez-vous vos associations locales ? Les tarifs enfin publiés, vos services de comptabilité travaillent à produire une simulation de votre chiffre d'affaires 2011 et délivreront rapidement leur cortège de bonnes et mauvaises nouvelles. Comment pourra t'on partager nos inquiétudes avec nos usagers et leur exprimer nos frustrations de ne pouvoir mieux faire ? Comment responsabiliser l'ensemble des acteurs du soin car nous ne pourrions y arriver que tous ensemble.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



EDITOS

JEUDI 10 MARS 2011

DES MIGAC !

Avec un ONDAM à 2,8 % et un volume prévisionnel à 2,4 %, les augmentations de tarifs d'antan sont structurellement aujourd'hui impossibles. Notre baisse de 0,05 % est, en termes d'affichage, remarquable - le seul secteur public n'est ainsi pas impacté - et représente en termes budgétaires la somme d'environ 4 millions d'euros. L'effet volume retenu pour 2011 de 2,4 % est quant à lui sans doute surdimensionné car les hôpitaux sont en train d'apprendre, à coup de sanctions T2A, comment mieux coder. Cette réserve à venir pourrait bénéficier

**UNE RÉSERVE D'IDÉES ET D'ÉNERGIE
AU PROFIT D'UN RENOUVELLEMENT
DE NOTRE SYSTÈME.**

aux tarifs, et permettre de tendre la main en 2012, l'année des élections présidentielles, à un électorat du secteur privé afin d'éviter un vote sanction. Après la politique fiction, quid des amortisseurs possibles, d'abord de notre baisse tarifaire, ensuite des effets de la convergence intrasectorielle, des EMI et du forfait de haute technicité ? D'une seule voix, nous répondons les MIGAC ! Le secteur libéral ne défendra jamais une politique de subvention mais à tout perdre, prenons les MIGAC. Bien que cette enveloppe augmente de 3,1 %, 400 millions sont d'ores-et-déjà gelés au titre d'une réserve dite « présidentielle », au moins jusqu'à la fin du premier semestre. Notre demande de fléchage vers des opérations de secours a accusé pour le moment un « niet » ferme. Ces ressources seront donc distribuées à la discrétion des ARS. Nous vous concotton un « guide MIGAC » car la profession doit doubler sa part dans cette enveloppe ! Nous n'avons pas d'argent ? Alors cherchons des idées ! C'est ce à quoi se sont employées une centaine de directrices d'établissements privés avant-hier le 8 mars à l'occasion de la journée de la femme. Les problématiques de la parité, de la santé des femmes, des préjugés entre les secteurs public et privé et d'une stratégie de communication propre aux femmes ont fait l'objet d'échanges dynamiques entre les participantes et l'auditoire. Bref, toute une réserve d'idées et d'énergie au profit d'un renouvellement de notre système, à consommer sans modération !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 17 MARS 2011

QUI DOIT-ON RESPONSABILISER ?

Plus de 10 000 requêtes ont été enregistrées en 2010 auprès du nouveau Pôle Santé et Sécurité des soins du médiateur de la République, chargé du dialogue entre usagers et professionnels de santé. Près de 20 % de ces requêtes sont le fait de professionnels de santé. Le malaise est donc réel. Naturellement nous récuserons le « prêt à penser » qui consiste à fustiger « l'hôpital-entreprise » et ses promoteurs du privé, et à poser ce principe comme inapplicable à l'hôpital à cause de ce bon vieux patient différent. En revanche, la perte de sens du métier de soignant est une alerte sévère pour tous.

LA PERTE DE SENS DU MÉTIER DE SOIGNANT EST UNE ALERTE SÉVÈRE POUR TOUS.

Alors, qui de la poule ou de l'œuf ? Le patient consumériste qui exige une obligation de résultats ou le soignant à bout de nerf dans un système trop contraint ? Comme Jean-Paul Delevoye, médiateur de la République, nous sommes prêts à ouvrir le débat de l'éthique médicale et de la maîtrise des dépenses de santé. « *La meilleure façon d'améliorer la qualité du service public est de faire en sorte que les professionnels soient heureux d'y travailler* » déclarait-il. Bien être au travail et démarche DD, c'est le fil rouge de la 5^e agora le 31 mars à Paris du C2DS, Comité pour le développement durable en santé, dont la FHP-MCO est partenaire. Retrouvons-nous y.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



ÉDITOS

JEUDI 24 MARS 2011

UNE CONVERGENCE CANNIBALE

C'est pas demain que nous renouvelerons nos sujets de conversation : ennuyeux ? non, tenace ! L'essentiel du deuxième conseil d'administration de l'année qui s'est tenu hier a porté sur la campagne tarifaire. C'est très simple, nous voulons une campagne équitable et des tarifs justes. Les observateurs ont tous noté la soi-disant clémence du ministère en infligeant une baisse des tarifs privés inférieure à celle du secteur public. Mais peu ont souligné la nature cannibale du système. On transfuse d'un corps à l'autre, d'une activité à une autre. Nous sommes « case-mix dépendants ».

NOUS SOMMES «CASE-MIX»
DÉPENDANTS.

A coup de brassage tarifaire, nos tutelles sculptent l'offre sanitaire à leur guise, sans nous le dire. Nous attendons des impacts en 2011 similaires à ceux de 2010 ; de -15 à +15 et jusqu'à -28 %. A quoi va ressembler l'œuvre finale ? La messe 2011 est dite ? Certainement pas, le combat continue !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 31 MARS 2011

LE SAVIEZ-VOUS ?

Lundi 28 mars : « *Bonjour, je suis journaliste au magazine... (un des grands mensuels généralistes), les cliniques disposent-elles de services d'urgences et combien le patient doit-il payer ?* » Voici en substance la teneur de cette conversation représentative des préjugés sur l'hospitalisation privée de nombreux journalistes et autres « influenceurs » d'opinion. Il va sans dire que nous lui avons raconté le film depuis le début ! Notre équipe pourra y épuiser toute sa salive que nous ne pourrions désintoxiquer qu'une poignée de personnes. Promouvoir l'info et barrer la route à l'intox est le travail d'une armée : vous !

EXPLIQUER,
C'EST NOTRE MISSION
À TOUS.

Pour vous y aider, la FHP-MCO lance au mois d'avril une campagne « le saviez-vous ? » déployée à la fois sous forme d'affiches dans vos établissements – assorties d'un kit simple de questions-réponses – et dans certains médias. Les 56 administrateurs sont en parallèle sollicités pour rencontrer 108 parlementaires pour expliquer le gap entre un ONDAM à +2,8 % et un résultat à -0,05 % pour le secteur et préparer (c'est le moment déjà au deuxième trimestre) le PLFSS 2012, suivi des élections présidentielles. Expliquer, c'est notre mission à tous.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



ÉDITOS

JEUDI 7 AVRIL 2011

QUELS SONT LES BONS INDICATEURS ?

La commission Stiglitz dont quatre prix Nobel réfléchissent à l'élaboration de nouveaux instruments de mesure pour définir la richesse d'un pays. Est-ce la production industrielle, la solidité de la monnaie, le bien-être des individus, le progrès social...qui font la richesse d'un pays ? Qu'est ce qui fait la richesse de nos établissements ? Au-delà des bilans comptables, des résultats de nos

QUEL EST L'ÉTABLISSEMENT DE DEMAIN QUE NOUS APPELONS DE NOS VŒUX ?

ICALIN, ICSHA, ICATB, etc...quels sont nos bons indicateurs ? Des indicateurs de structure, de processus, de résultats ? Demain, nos tarifs pourront être indexés sur la performance ou la qualité ; nos établissements pourront être labellisés à partir d'indicateurs sur le bien-être au travail ou la satisfaction des patients ou encore sur des performances environnementales ; ils pourront être choisis par les usagers à partir de classements dans les médias. L'élaboration d'indicateurs n'est pas aisée et nous amène à devoir définir un projet de santé et de société. Quel est l'établissement de demain que nous appelons de nos vœux, en tant que soignant, manager, patient ? La profession doit être force de propositions car cette dynamique est en marche. Selon vous, quels seraient les bons indicateurs ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 14 AVRIL 2011

LES FRANÇAIS SONT-ILS DAVANTAGE ATTACHÉS À LA LIBERTÉ OU À L'ÉGALITÉ ?

La question est loin d'être légère et la réponse impacte notre posture politique en direction du grand public. Si le cœur des Français privilégie la liberté, la possibilité de choix d'un établissement, d'un praticien, d'un mode opératoire est un atout majeur pour notre secteur. En revanche, si la valeur d'égalité prévaut à celle de liberté, nous ne devons avoir de cesse de rappeler l'égalité

**NOUS NE DEVONS AVOIR
DE CESSER DE RAPPELER L'ÉGALITÉ
D'ACCÈS AUX SOINS.**

d'accès aux soins, car nous agissons pour la santé de tous. En ce qui nous concerne... de liberté, nous n'en n'avons pas dans notre environnement contraint et d'égalité avec nos collègues du secteur public, encore moins. Une nouvelle preuve s'il en fallait : Xavier Bertrand invitait avant hier tous les directeurs d'hôpital pour une rencontre de quatre heures, indiquant ainsi sa volonté de nouer un dialogue avec l'hospitalisation... publique. Nous attendons à notre tour avec beaucoup d'impatience de rencontrer notre ministre de tutelle.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 21 AVRIL 2011

DE LA QUALITÉ !

Les médias ne s'y trompent pas : les Français sont préoccupés par leur santé et se passionnent pour les bonnes adresses d'établissements qu'on s'échange comme autant de bons plans ! Le comment de cette qualité ou son financement ne produit en revanche que des baillements. Un coup d'œil au récent palmarès du Figaro montre que public et privé se retrouvent dans

**NOTRE SECTEUR EST NETTEMENT
DANS LE PELOTON DE TÊTE, CELUI DU
DYNAMISME ET DE LA QUALITÉ.**

un mouchoir de poche : parmi les lauréats, 16,25 % sont des établissements publics, 14,20 % sont des privés, 11,80 % des ESPIC et 45 % sont des centres de lutte contre le cancer pour nous rappeler que le cancer est bien la maladie du siècle. Savez-vous par ailleurs que sur les 185 établissements de santé certifiés en V3, 120 sont privés ? En 2009, 63,3 % de nos établissements ont reçu une certification (pour environ seulement 60 % des établissements publics et ESPIC) et moins de 5 % sous condition. Notre secteur est nettement dans le peloton de tête, celui du dynamisme et de la qualité.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 28 AVRIL 2011

ÉTABLISSEMENTS DE SOIN À BUT LUCRATIF

Jamais cette appellation n'a été aussi fausse et pourtant nombreux restent nos détracteurs à en articuler chaque syllabe avec un plaisir non feint. 31 % des cliniques MCO sont déficitaires et 67 % sont en dessous du seuil des 3 % du résultat net préconisé par les experts financiers. C'est le groupe Montaigne accompagné de deux cabinets financiers qui l'écrit dans le deuxième rapport sectoriel commandé par la profession et qui l'affirmait hier à la presse. Nous assumons depuis toujours des missions de service public que Xavier Bertrand nous confiera demain « *en cas de carence du secteur public* » annonçait-il récemment aux directeurs d'hôpital, pour lesquelles nous n'avons aucune rémunération (1,1 % des MIGAC) et qui participent allègrement au plombage de nos entreprises. Qui sommes-nous ? C'est cette devinette que nous aurions dû poser au sénateur Jean-Pierre Fourcade, l'invité politique du chat en direct de la FHP-MCO mardi soir. C'est parce que nous saurons fermement tirer la sonnette d'alarme et dialoguer avec les décideurs en santé de notre pays que nos établissements de soin deviendront... lucratifs pour le plus grand bienfait de tous.

**NOUS ASSUMONS DEPUIS TOUJOURS
DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC**

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 5 MAI 2011

UN MARIAGE POLYGAME HEUREUX !

L'union de Kate et William doit être une success story sinon le mariage n'est plus ! Pour notre part, nous souhaitons un vif succès au mariage « polygame » de trois cliniques et d'un hôpital à Fontainebleau, union que vient adouber aujourd'hui le Président Nicolas Sarkozy en personne. Dans la corbeille des

CETTE RESTRUCTURATION HOSPITALIÈRE ÉTAIT DEVENUE INDISPENSABLE.

mariés tout de même 850 lits, 2 200 salariés et trois années de travaux. Avec un taux de fuite de presque 50 %, cette restructuration hospitalière était devenue indispensable.

Nous croyons à la force de l'exemple. Les tutelles appellent de tels rapprochements de leurs vœux. Les directeurs de nos établissements aussi, mais sous réserve de multiples amendements. Car dans cette histoire, la question n'est pas qui portera le plus beau chapeau mais plutôt qui portera le chapeau ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

LE MARIAGE DE MISS CLINIQUE ET DU PRINCE HOSTO



AGIR POUR
LA SANTÉ DE TOUS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

EDITOS

JEUDI 12 MAI 2011

DES CLINIQUES MULTICOLORES

Nos établissements accueillent très exactement la population de leur bassin d'implantation : ils n'accueillent pas que des titulaires de carte gold-platinum mais jusqu'à 40 % de patients CMU. Nos soignants parlent les langues des patients - jusqu'à tout de même 30 langues ou dialectes recensés dans une clinique. Nos emplois sont de proximité et non délocalisables.

**NOS LIEUX DE SOIN PRENNENT LE
POULS DE LA POPULATION.**

Nous sommes le pur produit de notre territoire. Nous constituons un maillon essentiel du tissu social, un mousqueton solide, de ceux auxquels on confie sa vie en escalade. Nos

lieux de soin prennent le pouls de la population, nos entreprises participent activement à la structuration du paysage urbain et économique de nos villes. Nous cheminons au fil des réglementations vers une industrialisation de nos métiers et réussissons pourtant à rester des « artisans de l'humain ». A quand des MIGAC pour ce rôle éminemment de service public ?

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



ÉDITOS

JEUDI 19 MAI 2011

LA PERTINENCE DES ACTES, UN SUJET À LA MODE

On semble découvrir ce chantier qui a pourtant déjà à son actif la production d'une épaisse littérature. L'absence de corrélation entre volume et pertinence des actes devrait d'emblée disqualifier ce dossier des sujets politiques polémiques entre les secteurs public et privé. Voilà un dénominateur commun qui doit nous rapprocher plus que nous opposer. Les données sont éloquentes et mettent en lumière des inégalités territoriales, des disparités dans les pratiques dont personne n'est en capacité d'en analyser les raisons ; à faire froid dans le dos. Des référentiels absents, ou insatisfaisants, ou encore déjà obsolètes lorsqu'ils trouvent leur application dans l'exercice médical, ne seront pas la panacée. Soyons portés par une force centrifuge qui nous amène à réfléchir sur la pertinence du parcours de soin, la pertinence territoriale et non par celle centripète, qui ferait porter sur les épaules d'un seul acteur du soin, les praticiens, cette responsabilité. Enfin, la vraie valeur ajoutée d'un médecin est précisément, en toute connaissance de cause, de faire appel au « bon sens » en ayant aussi la capacité de transgresser les règles. Soyons impertinents !

VOILÀ UN DÉNOMINATEUR COMMUN QUI DOIT NOUS RAPPROCHER PLUS QUE NOUS OPPOSER.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

EDITOS

JEUDI 26 MAI 2011

DES CLINIQUES EXEMPLAIRES

Dans le brouhaha qui nous entoure, il est difficile de faire entendre la voix de ceux qui font mieux ou autrement. Toutes les félicitations de la FHP-MCO aux cliniques MCO : St Roch et Clémentville (34), Pasteur (31), Générale d'Annecy (74), et l'Hôpital Privé d'Anthony (92) qui viennent de recevoir les trophées de la profession et un coup de chapeau à toutes celles qui ont candidaté. C'est parce que nous valoriserons l'exceptionnel que nous parviendrons à faire reconnaître « l'ordinaire » : 650 cliniques MCO qui garantissent à tous une qualité et sécurité des soins ! Si les tutelles nous discréditent, les patients nous plébiscitent. Les résultats des questionnaires de satisfaction sont nos trophées au quotidien. Toutefois, dans le nouvel environnement créé par la T2A, ces récompenses ne resteront que vanité si nous n'apprenons pas à promouvoir ces atouts en réels avantages concurrentiels. Racontez-nous vos belles histoires et nous vous aiderons à les valoriser ! Nous le disions précédemment, nous sommes multicolores, impertinents et aujourd'hui exemplaires !

**C'EST PARCE QUE NOUS VALORISERONS
L'EXCEPTIONNEL QUE NOUS
PARVIENDRONS À FAIRE RECONNAÎTRE
« L'ORDINAIRE ».**

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



ÉDITO

JEUDI 2 JUIN 2011

UNE MAIRIE, UNE ÉCOLE, UN HÔPITAL

NOUS DÉTENONS CES CAPACITÉS D'INNOVATION, DE RÉACTIVITÉ, DE SOUPLESSE INDISPENSABLES.

Une récente étude démontre qu'à qualité comparable de services délivrés à ses concitoyens, l'Allemagne dépense 15 milliards d'euros de moins que la France. Les auteurs avancent la restructuration des administrations et services comme une explication pertinente. Depuis plus de quinze ans, l'hospitalisation privée mène à pas cadencé sa propre restructuration. En effet, cela signifie que chaque semaine, une structure de santé privée a disparu. Hier un établissement de 150 lits était jugé de taille très respectable, aujourd'hui c'est un établissement moyen. L'image d'Epinal qui dépeint un pays rural doté de services de proximité est chère aux Français. Combien de temps l'État providence peut-il encore nous le promettre ? La santé, fonction régaliennne, supporte mal ce régime minceur et notre secteur essuie les plâtres d'une nécessaire restructuration. C'est à nous de convaincre que l'augmentation de la taille d'un établissement de santé permet de développer des pôles d'excellence, de se doter de plateaux techniques hightech, de praticiens rompus aux nouveaux gestes chirurgicaux, etc. La culture d'entreprise du secteur privé qui place au plus haut la relation humaine, sera le garde-fou d'usines à santé. Le maintien de petites structures d'accompagnement de proximité et le développement de l'e-santé permettront de resserrer les mailles du filet. C'est à nous de démontrer que la rationalisation de l'offre de soins est possible selon un process « gagnant-gagnant ». Nous détenons ces capacités d'innovation, de réactivité, de souplesse indispensables. Mais comment faire évoluer le paysage mental d'une population retort aux changements et arqueboutée sur ses idéaux ? Continuons à montrer le chemin car l'avenir de la santé, c'est nous !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 9 JUIN 2011

SOYONS AU DIAPASON !

Nous relevons tous les jours le challenge qui consiste à orchestrer une entreprise dotée de salariés et composée de micro-entreprises : celles de nos praticiens libéraux. Jouer une musique harmonieuse 365 jours par an relève des très grands orchestres. Les tutelles et les parlementaires sont de piètres compositeurs. Nous savons rendre audible cette musique contemporaine, dompter les slams, improviser du free jazz mais nous aspirerions plus souvent à ne jouer qu'une pièce de répertoire. Un grand hebdomadaire titre à sa « une » : « Médecins : pourquoi ils craquent ? ». Et nous ? Toutefois, nous n'avons pas d'autres choix que d'aider nos collègues praticiens à entrer dans les cases administratives toujours plus étroites et contraignantes, celles des

**JOUER UNE MUSIQUE HARMONIEUSE
365 JOURS PAR AN RELÈVE DES TRÈS
GRANDS ORCHESTRÉS.**

CME, des comités qualité, de la permanence et pertinence des soins ; et des nouvelles cases : la formation des internes.

Bref, ils s'engagent et sont en première ligne. Pour réussir, nous devons partager la même grille de lecture, la même partition de notre secteur, de notre établissement. Les managers d'établissement ont intégré depuis longtemps les difficultés de leurs praticiens mais eux, connaissent-ils les nôtres ? Que savent-ils du déficit de notre secteur, des sanctions T2A, de l'inéquité des autorisations ? C'est à ce travail pédagogique que nous devons nous livrer ; c'est ce dialogue que la FHP-MCO intensifiera à partir de fin juin avec son journal à destination des médecins *Dialogue santé*. Soyons au diapason !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 16 JUIN 2011

CONSTERNÉS !

L'actualité de la semaine a été sans conteste dominée par la publication des comptes 2010 de la Sécurité sociale. Le déficit du régime général est révisé à la baisse : 19,5 milliards d'euros contre 20,9 votés à l'automne. La seule branche maladie accuse un déficit prévisionnel en 2011 de 10,3 milliards ; l'ONDAM 2011 « sera ainsi strictement respecté » se réjouit le gouvernement. La belle affaire ! L'image est plutôt « nous sommes au bord du gouffre et nous avons fait un pas en avant » ! Nous dénonçons avec vigueur l'accumulation insensée et irresponsable des déficits de l'assurance maladie qui met en danger le financement pérenne de la santé des Français. Année après année, nous hypothéquons davantage le système qui soignera nos enfants. Personne ne nous l'a confié et pourtant nous l'acceptons. La mission de sauver la sécu est loin d'être impossible et porte un nom : le tarif unique. Nous aurions pu réaliser de 12 à 15 milliards d'euros d'économies chaque année mais le gouvernement fait le choix de l'irresponsabilité. Nous saurons le lui rappeler.

LA MISSION DE SAUVER LA SÉCU EST LOIN D'ÊTRE IMPOSSIBLE ET PORTE UN NOM : LE TARIF UNIQUE.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



AGIR POUR
LA SANTÉ DE TOUS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

ÉDITOS

JEUDI 23 JUIN 2011

LA CHAÎNE DE SOINS

La clinique MCO est certes un élément central mais aussi un maillon d'une chaîne de soins. Elle accueille des patients adressés par les médecins correspondants qu'elle adressera à son tour à d'autres soignants libéraux et établissements d'aval. Chacun a une part de responsabilité dans la fluidité, la cohérence et la réussite du parcours du patient.

CHACUN A UNE PART DE RESPONSABILITÉ DANS LA FLUIDITÉ, LA COHÉRENCE ET LA RÉUSSITE DU PARCOURS DU PATIENT.

La nôtre est majeure car nous prenons en charge la phase aigüe de ce parcours. Dans cet esprit, nous sommes allés à la rencontre de nos confrères « SSR » à l'occasion de leur congrès annuel mardi et mercredi dernier pour évoquer ensemble précisément cette pertinence du séjour. Demain, la nouvelle mise sous accord préalable obligatoire, dans un premier temps pour quatre actes, rendra plus sélectives les portes d'entrée des établissements SSR. L'administration a horreur du vide et impose désormais ce nouveau cadre en s'appuyant sur les référentiels HAS. Faut-il s'en réjouir ou s'en défendre ? Il est faux de penser qu'un établissement est un guichet ouvert ou une auberge espagnole ; la réalité est qu'il est un maillon responsable. A la pertinence des actes s'agrège la pertinence du séjour dans la limite, il faut le signaler, de l'offre sanitaire territoriale de ville disponible. Il nous appartient de transformer cette chaîne en spirale vertueuse pour le bien-être de tous.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITO

JEUDI 30 JUIN 2011

PARLER AUX MÉDECINS !

C'est l'objectif du journal *Dialogue santé* produit par la FHP-MCO dont le numéro 1 arrive la semaine prochaine sur votre bureau. La distribution des exemplaires à destination de votre corps médical est laissée à votre discrétion. Même si les contraintes grandissantes et incohérentes de notre système réduisent nos marges de manœuvre, nous ne sommes pas, à l'instar des ours polaires, en voie de disparition. Ensemble, nous défendons notre territoire et partons à la conquête de nouveaux. Nous sommes promis, corps médical et établissement, à un avenir meilleur ! *Dialogue santé* nous donnera l'occasion d'explorer à chaque numéro un dossier que nous partageons – établissements et praticiens – au quotidien ; la pertinence des actes sera notre premier sujet. Ce dialogue avec les médecins, nous l'avons mené avec Jean-Loup DUROUSSET durant notre premier mandat. Toutes nos félicitations à Jean-Loup qui, le 28 juin, vient d'être réélu pour trois nouvelles années à la présidence de la FHP. Nous sommes persuadés qu'à l'exemple des trois années passées, cette nouvelle période nous permettra de travailler de concert et confortera la place et la voix du MCO au sein de la Fédération.

**NOUS NE SOMMES PAS,
À L'INSTAR DES OURS POLAIRES,
EN VOIE DE DISPARITION.**

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 7 JUILLET 2011

TENIR OU COURIR ?

Les Français ont été trop malades au cours des trois premiers mois de l'exercice du PLFSS 2011 : je vous rassure, nous les avons soignés... !,...., ceci dit l'activité hospitalière dépasse les 3 % de volume contre 2,4 % de prévus par la tutelle. Aussi, ce premier indicateur obère nos maigres espoirs d'envisager une augmentation tarifaire dans le cadre du PLFSS 2012 avec un ONDAM à

NOUS CONTINUERONS À TENIR LE HAUT DU PANIER EN TERMES DE QUALITÉ !

2,8 %. Alors que faire ? Le ministère invite les fédérations hospitalières à plancher sur l'évolution du système de tarification. Les discussions tournent aujourd'hui autour d'un financement par des MIG de la qualité à partir d'indicateurs déjà présents par le PMSI ou faisant déjà l'objet d'une publication. Une pondération entre les efforts réalisés et les résultats acquis, serait appliquée. La FHP-MCO plaide pour prioriser les résultats alors que la FHF favorise la récompense des efforts. Sur le fond, est-il judicieux d'entrer dans l'engrenage des subventions ? Ou alors faut-il renoncer à cette manne accessible rapidement (2013 tout de même) et nous draper dans notre fierté d'acteurs libéraux en campant sur une unique revendication de tarifs un jour meilleurs ? Le bureau de la FHP-MCO a tranché : il vaut mieux tenir que courir ! Nous bataillerons pour obtenir ces MIG équivalentes à une augmentation de 3 % à 5 % de nos tarifs (financées par la convergence ciblée !) et nous continuerons à tenir le haut du panier en termes de qualité ! La baisse de 3 % de notre financement en 2006 nous rappelle que les tarifs ne sont pas plus pérennes que les MIG. Sans visibilité aucune, comment être sûrs de prendre les bonnes décisions ? En attendant de revenir vers vous avec plus de précisions sur ce chantier majeur, nous souhaitons d'excellentes vacances aux juilletistes et patience aux aoûtistes...

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



ÉDITO

TOS

JEUDI 14 JUILLET 2011

EN VACANCES OU PAS ?

Même si la pause estivale française n'est plus aussi tranchée qu'autrefois, la vie des cliniques reste inchangée : cet été, on bosse ! Certes les planning des blocs s'allègent mais les Français, même aux 35 heures et 5 semaines de vacances, ne sont pas moins malades. Des vacanciers étrangers insuffisants rénaux sont accueillis dans nos établissements de dialyse, nos urgentistes se mettent à l'anglais et les directeurs de clinique répondent toujours au télé-

**NOUS SERONS TOUJOURS D'HUMEUR
POUR UNE PRISE DE LA BASTILLE !**

phone même avec le chant des cigales en arrière fond. Nous exerçons notre mission de service public : nous sommes dévoués 365 jours par an et fiers de démontrer à nos voisins européens que nous accueillons, l'excellence de notre système. La vie de la FHP-MCO ne s'arrête pas davantage. Quelques réunions DGOS glissées fin juillet sur des sujets majeurs tels que la chirurgie ambulatoire ou le coût de service de réanimation. Vigilance ! juillet 2010 avait vu la publication de nombreux décrets. Enfin, l'été est mis à profit pour fourbir nos armes pour la bataille du PLFSS, le dossier de la rentrée. Et sachez le, nous serons toujours d'humeur pour une prise de la Bastille plutôt que pour l'oisiveté de Versailles.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



EDITOS

JEUDI 21 JUILLET 2011

LA VIE DÉMOCRATIQUE

Nous arrivons au terme des trois années du premier mandat du Conseil d'administration de la FHP-MCO. L'article 13 des statuts de notre syndicat FHP-MCO, prévoit que les administrateurs soient élus pour 3 ans, leur mandat étant renouvelable. Trois ans, c'est très peu pour faire bouger l'opinion

C'EST SUFFISANT POUR SE BATTRE SUR DES SUJETS TECHNIQUES QUI FONT NOTRE QUOTIDIEN ET OBTENIR DES RÉSULTATS.

publique et peser sur nos tutelles ; c'est suffisant pour se battre sur des sujets techniques qui font notre quotidien et obtenir des résultats. Notre vie démocratique se rejoue le 20 octobre à Paris lors de notre prochaine Assemblée générale : emparez-vous de ces mandats ! Vos expertises, vos idées, votre énergie nous sont nécessaires. 25 d'entre vous seront issus des scrutins régionaux et 25 du scrutin national. Vous avez l'été pour y réfléchir !

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



ÉDITOS

JEUDI 28 JUILLET 2011

LE SECTEUR OPTIONNEL OUBLIÉ !

Ce dossier a purement et simplement été exclu des discussions, et de la convention qui a suivi, entre la CNAM et les syndicats de praticiens, dont l'examen est reporté en septembre. La FHP-MCO déclarait que si aucun accord n'était signé à la rentrée, nous demanderions solennellement au président de la République d'intervenir par le biais d'un projet de loi du gouvernement pour régler ce problème aigu pour les patients comme il s'y était engagé

**ON NE PEUT TOLÉRER DE VOIR
PERDURER MALENTENDUS,
INCOMPRÉHENSION ET EXCÈS.**

en 2009 : « *Le législateur doit-il reprendre la main ? Je demande au gouvernement de s'y préparer. Cela fait des années que le sujet des dépassements d'honoraires est sur la table, il est temps de le traiter !* » avait-il déclaré. La

FHP-MCO est favorable depuis longtemps à la création d'un secteur optionnel qui permettrait de limiter le problème de l'accessibilité aux soins causé par certains abus en matière de dépassements d'honoraires. On ne peut tolérer de voir perdurer malentendus, incompréhension et excès. A l'heure de la transparence nécessaire dans nos relations établissements/praticiens/usagers et du travail d'image auquel chacun se livre, ce dossier est devenu urgent. Il faudra s'y atteler au niveau fédéral national et régional et sur le terrain au sein de chaque établissement.

En attendant, je vous souhaite à toutes et à tous d'excellentes vacances et vous retrouve pour un prochain « 13h » le jeudi 1^{er} septembre.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

ÉDITOS

JEUDI 1^{ER} SEPTEMBRE 2011

TRIPLE A ?

IL FAUDRA PLUS VITE QUE PRÉVU QUE D'AUCUN RECONNAISSE NOTRE EFFICIENCE ET NOTRE SENS DES RESPONSABILITÉS.

Est-ce que les experts accorderaient encore un triple A à l'hospitalisation privée saluant par la même la solidité de ses fondamentaux dont le premier est sans aucun doute le financement public. Depuis 15 ans que nous prétendons mourir, la vérité des chiffres rend aujourd'hui malheureusement crédible notre alarmisme : un tiers de notre secteur dans le rouge et une érosion de nos parts de marché.

Nous avons tous écrit ce scénario cousu de fil blanc : arrivée d'un nouveau chirurgien, l'obtention d'une MIGAC, une nouvelle autorisation et avons rêvé des perspectives de croissance qui suivaient. Mais nous sommes des gestionnaires et des bons ! Nous avons fait preuve de patience, de pragmatisme et avons mesuré nos prises de risques. Pourtant, nous sommes aujourd'hui les « allemands » du secteur hospitalier, furieux de payer pour les mauvais élèves. Et si, à l'instar, des dettes souveraines, le déficit du secteur hospitalier public devenait « toxique » ? L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) ne souffrirait pas de nous confier des postes d'enseignement... et pourtant, il faudra plus vite que prévu que d'aucun reconnaisse notre efficacité et notre sens des responsabilités en toute circonstance et les flèchent comme autant de bonnes pratiques à suivre.

Excellente rentrée à tous,

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



EDITOS

JEUDI 8 SEPTEMBRE 2011

2092

Au rythme auquel avance aujourd'hui la mise en œuvre du tarif unique, c'est en l'an 2092 que la Sécurité sociale financera enfin les soins de vos arrières petits-enfants, de façon identique aux hôpitaux et aux cliniques. C'est ce qui s'appelle une vision politique à long terme ! De développement, nous n'aurons pas et encore moins durable. L'impasse budgétaire du gouvernement, et la nôtre de facto, nous oblige, certes à poursuivre des méthodes homé-

LES FINANCEMENTS PUBLICS DOIVENT ÊTRE TRANSPARENTS ET JUSTIFIÉS, SINON SANCTIONNÉS.

opathiques mais également à nous engager dans des actions plus invasives. Nous réactivons donc nos travaux inter-fédérations sur l'ISH - Indice Santé Hospitalier - qui, à l'instar du panier de la ménagère, mesurerait annuellement celui de nos charges. Mais surtout, nous persistons dans la voie juridique et avons présenté ce matin à la presse notre plainte à Bruxelles pour atteinte à la libre concurrence. Les financements publics doivent être transparents et justifiés, sinon sanctionnés. Notre tutelle comprend qu'elle doit rendre des comptes à l'Europe et commence à faire passer le message pour la première fois à ses ARS dans le guide d'aide à la contractualisation envoyé avant l'été. Garantir à nos adhérents un service client « micro-économique » et mener en parallèle des actions politiques macro est notre stratégie.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



AGIR POUR
LA SANTÉ DE TOUS

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

EDITOS

JEUDI 15 SEPTEMBRE 2011

GAGNER NOTRE RECOURS EUROPÉEN

LA PROFESSION VIENT DE FAIRE ENTENDRE SA VOIX DANS LES MÉDIAS COMME RAREMENT DANS SON HISTOIRE !

La profession vient de faire entendre sa voix dans les médias comme rarement dans son histoire ! C'était le bon moment : une lecture claire de l'activité des deux secteurs hospitaliers rendue possible grâce à la T2A désormais généralisée, la proximité des décisions parlementaires pour le PLFSS 2012, l'environnement de la crise et, cerise sur le gâteau, le rapport de la Cour des comptes. Le bon dossier : juridique et européen. Enfin, le bon endroit : la presse professionnelle et économique ont convaincu la presse généraliste de leur emboîter le pas. Bref, une belle constellation. Quel impact auprès de l'opinion publique ? Cette couverture presse a sans doute renforcé les préjugés à notre égard chez certains, mais a aussi ébranlé des certitudes. Nous avons démontré auprès des tutelles notre capacité à réagir et à nous défendre ou plutôt, pour une fois, à attaquer ! Dans cette jolie mêlée d'un nouveau genre, nous sommes confiants.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO



ÉDITO

JEUDI 22 SEPTEMBRE 2011

DES ACTEURS POLITIQUES

La santé n'a pas davantage été invitée dans le débat télévisé de la primaire socialiste, qu'elle n'est prioritaire dans les programmes de campagne des autres candidats. Nous partageons avec les détracteurs de notre secteur la volonté d'imposer la santé au coeur des débats de la campagne présidentielle. La défense des choix de solidarité et d'égalité faits en 1945 n'est pas la propriété de quelques uns, mais au contraire, le devoir de tous. L'accueil dans nos établissements, en moyenne de 25 % et jusqu'à 40 % dans certaines régions, de patients CMU/AME est un premier élément de preuve, s'il en fallait, de notre engagement d'acteur de service public. Nous pourrions, au côté des mandarins, porter le « Manifeste pour une santé solidaire et égalitaire »

IMPOSER LA SANTÉ AU COEUR DES DÉBATS !

médiatisé ces jours-ci, car notre bataille vise le même but : garantir une égalité d'accès à des soins de qualité identique sur l'ensemble du territoire. Toutefois, l'égalité commence par celle consentie à l'ensemble des acteurs qui, de façon égale, sont au service des citoyens. A l'heure où nous entrons dans les débats techniques du PLFSS, nous demeurons en premier lieu de véritables acteurs politiques en lesquels la moitié des citoyens hospitalisés place toute leur confiance, avant d'être des acteurs économiques, de surcroît créateurs de richesse pour notre pays et d'emplois non délocalisables.

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

QUEST

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 28 OCTOBRE 2010



**Gauthier
ESCARTIN**

Directeur de la
Clinique d'Orthez,
de la Clinique
Oloron Sainte
Marie et de Luz
Clinique (64),
groupe Kapa
Santé

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

La gestion des hommes au sens générique du terme est l'aspect de mon métier qui me passionne le plus. Réussir à constituer des équipes dans des environnements souvent tendus et voir des collaborateurs gagner en maturité, émerger, prendre des responsabilités et évoluer dans leur carrière, cela reste une grande satisfaction pour moi. C'est une attitude quelque peu paternelle mais je pense qu'il est nécessaire d'avoir un vécu pour pouvoir appréhender et faire face à certaines problématiques dans nos métiers. Le rôle des dirigeants seniors est de transmettre aux plus jeunes collaborateurs une vision globale et transversale, avec le patient au cœur du process.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Les situations difficiles font partie intrinsèque de notre métier, comme les conflits sociaux d'ailleurs qui sont toujours assez compliqués à résoudre. Il faut dialoguer, être didactique et ferme à la fois. J'ai personnellement beaucoup appris de mes missions passées dans l'industrie qui prépare mieux ses dirigeants à la gestion des conflits. Nous avons d'ailleurs réussi avec beaucoup de temps et de patience à mener à bout un projet d'externalisation dans le cadre du regroupement de deux cliniques au Havre, et ce, malgré de nombreuses résistances. Au-delà, ce que je trouve le plus regrettable dans notre métier qui met l'humain au centre des préoccupations, c'est de devoir travailler avec certains collaborateurs qui n'ont pas toujours les mêmes finalités que vous,

qui privilégient leur parcours personnel et en oublient la vision collective au risque de mettre en péril l'organisation en place. Certaines organisations favorisent ce fonctionnement individuel, mais je ne suis pas convaincu des bienfaits de la méthode.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Je déplore le manque d'encadrement dont bénéficient les petites structures de villes moyennes désireuses de mettre en place des projets de collaboration public privé, afin de préserver la médecine de proximité. Le groupe Kapa santé qui a des cliniques dans ce type d'environnement, petites et moyennes agglomérations, en est à la création de son 4ème pôle santé public privé et l'on constate qu'aucun projet ne ressemble à un autre. Nous essayons de trouver les solutions les plus appropriées possibles pour mutualiser les moyens tout en préservant les visions de la médecine des deux acteurs, en fonction des impératifs sanitaires locaux. Les ARS n'ont pas encore appréhendé cela et la FHP n'est pas très présente sur ce dossier non plus. Il faudrait donc recadrer les choses et mettre au point des méthodologies.

3 QUESTIONS

JEUDI 4 NOVEMBRE 2010



Olivier JOURDAIN
Gynécologue-
obstétricien à la
Polyclinique Jean
Villar à Bruges
(33), Pilote du
Forum de la
naissance

Le Forum de la naissance est contre la création des maisons de naissance, pourquoi ?

Le Forum de la naissance s'oppose à la création de maisons de naissance en dehors des structures hospitalières. Les chiffres disponibles sur les taux de transferts très élevés de parturientes des maisons de naissance vers des maternités (32 % en Suède, 25,6 % aux Pays Bas) montrent bien qu'elles sont, pour la sécurité et le confort de l'enfant et de la maman, inacceptables. D'autre part, il serait bon de définir au préalable ce qu'est la notion de « bas risque ». En situation d'accouchement qu'est-ce que cela signifie ? Quels en seraient les coûts pour la sécurité sociale ? Nous pensons qu'il est important de réunir autour de la table tous les acteurs de la naissance, sages-femmes libérales y compris, pour soutenir un projet commun parce que des maisons de naissance sans collaboration cohérente avec des médecins sont vouées à l'échec. Seule la coopération d'équipes pluridisciplinaires ayant réfléchi à des modèles de prestations plus ouverts, qui ont signé des conventions peut permettre à un établissement d'élargir son offre de soin en ce qui concerne la naissance et ainsi satisfaire tous les besoins, en toute sécurité. De nombreux pays ont mis en place des maisons de naissance, non pas pour le confort des mamans, mais par souci d'économie ou pour masquer le manque de gynécologues-obstétriciens ! Si c'est cela la finalité du projet, alors c'est une vraie régression.

Qu'est-ce qui justifie les insistances du ministère de la santé pour réintroduire cet article prévoyant l'expérimentation des maisons de naissance, malgré la décision de la commission des affaires sociales fin octobre de le supprimer ?

Les pouvoirs publics sont très sensibles aux actions menées par des associations d'usagers qui militent pour la création de maisons de naissance, pour la démedicalisation des accouchements. Le lobby des sages-femmes est aussi très puissant de même que celui des assureurs. Face à

eux, les actions menées par les quelque 1200 gynécologues-obstétriciens ne trouvent pas la résonance escomptée auprès de nos dirigeants.

Que proposent les professionnels de la naissance pour répondre à l'attente des futures mamans en matière d'accouchement moins médicalisé ?

Il faut avant tout faire amende honorable. La profession a dans les années 90 beaucoup misé sur l'aspect technique de la naissance avec des maternités et des plateaux techniques ultra-modernes, ce que j'appelle une surenchère d'affichage. La technicité et la sécurité au détriment parfois de l'humanité. Or, c'est justement vers ce dernier point qu'il faut que l'on évolue car les attentes des futures mamans ont changé. Il faut que les maternités soient plus souples et puisse tout proposer, aussi bien des accouchements physiologiques suivis principalement par des sages-femmes que des accouchements un peu plus médicalisés avec anesthésie car une grande majorité des mamans demandent une péridurale, parfois en cours de travail. Nous envisageons donc plusieurs options pour y parvenir, comme par exemple l'intervention de sages-femmes libérales sur les plateaux techniques existants, mais nous nous heurtons à des questions d'ordre juridique, tarifaire ainsi que des problèmes de responsabilité civile pour lesquels nous n'avons pas encore trouvé de solutions pérennes. Les grilles tarifaires actuelles ne prévoient pas du tout ces cas de figure. Un médecin de garde qui intervient dans le cadre d'un accouchement réalisé par une sage-femme libérale doit être logiquement rémunéré ! Il faut également rémunérer l'établissement, le plateau technique en cas de problème. Le système tarifaire actuel met en opposition les intervenants de la naissance, voire joue sur les dissensions et nous empêche de trouver des solutions.

3 QUESTIONS

JEUDI 18 NOVEMBRE 2010



Jean-Michel VERDU
Directeur de la Clinique Saint-Louis – Saint Michel à Rodez [12]

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

En arrivant il y a 25 ans à la Clinique Saint-Louis de Rodez, la ville comptait, en sus de l'hôpital public, deux cliniques privées. Suite à un dépôt de bilan, l'autre clinique céda son plateau technique médical à l'hôpital public et mon travail durant ces années a consisté à adapter sans cesse mon outil de travail à notre environnement. Je dirais donc qu'avoir eu la chance de pouvoir appréhender les virages et tirer le meilleur des évolutions est certainement une forme de réussite. Nous allons d'ailleurs inaugurer fin 2010 un nouveau bâtiment qui regroupera la radiologie, un IRM, un scanner, un laboratoire de biologie médicale ainsi qu'un nouveau service de soins de suite spécialisés. Au-delà, notre capacité d'adaptation nous mènera peut-être à ouvrir davantage de lits de SSR et à développer des coopérations avec l'hôpital pour l'activité de chirurgie.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Un échec, relatif, est pour moi le turnover des praticiens. Il est parfois très difficile de maintenir les équipes chirurgicales et médicales dans le contexte actuel de démographie médicale défavorable. Nous avons dû par exemple fermer notre maternité en 2001 par manque de pédiatres. On ne peut que déplorer la diminution constante des formations des jeunes médecins ces dernières années, d'autant plus qu'il faut plus de 10 ans pour former un spécialiste. D'autre part, les jeunes praticiens préfèrent travailler en équipe et privilégient donc les grands centres urbains, ce que l'on peut aussi comprendre.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Au travers des discussions avec les ARS nouvellement installées, on peut noter une approche très économique des problèmes de santé, ce qui sans doute, posera des difficultés pour répondre aux besoins de proximité de la population. La question de l'avenir des cliniques situées dans des villes moyennes, souvent victimes du nomadisme vers des centres plus importants d'une population qui reste cependant très attachée au libre choix de proximité entre les secteurs public et privé, est certainement posée. Pour exemple, la Clinique Saint-Louis qui dispose d'une centaine de lits peut être aujourd'hui considérée comme un petit établissement qui doit faire face à des réalités bien différentes que celles d'établissements de centres urbains plus importants. Les nouvelles ARS ont apparemment des feuilles de route contraignantes en termes de rationalisation des soins et de limitation des dépenses de santé. Les anciennes ARH avaient plutôt une fonction d'aménagement du territoire et de rationalisation des services de l'État. Dans ce contexte, nous devons avoir une approche prospective vis-à-vis de nos établissements de santé privés, à la fois générale et locale. Réunir nos forces, être solidaires et affirmer une unité syndicale forte de nos établissements afin de pouvoir continuer à proposer une offre de soins adaptée à notre population, tels doivent être nos objectifs.

3 QUESTIONS

JEUUDI 25 NOVEMBRE 2010



Jeanne LOYHER

Directrice de la Clinique Clotilde à Sainte Clotilde, La Réunion (97), groupe Clinifutur

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

Mon combat depuis ma prise de fonction à la clinique en 2005 a été de tout mettre en œuvre pour éviter des fermetures de services par manque de personnel. La Réunion, plaque tournante de l'océan indien, est une petite France avec pour particularité d'être totalement autonome de part son éloignement. Les paramédicaux rejoignant la Réunion et postulant dans le secteur public sont rémunérés jusqu'à 40 % de plus que dans le privé (spécificité DOM-TOM). Il a donc fallu repenser la notion d'emploi, d'engagement et d'accueil. Nous avons donc créé des maisons de famille pour accueillir les nouveaux arrivants pour favoriser leur intégration professionnelle et surtout sociale. Une journée du nouvel arrivant est instaurée avec découverte de l'île, proposition d'activité et de tutorisation. Le but étant toujours de les accompagner car l'éloignement rend difficile l'intégration. Les résultats parlent d'eux-mêmes car en 2,5 ans nous n'avons fermé aucun service. Dans un autre domaine, nous avons inauguré en 2009 notre nouveau pôle mère-enfant avec un service néonatal ayant pour particularité 4 chambres « mère-enfant ». Ce service propose une offre de soins complémentaire et innovatrice au plus près de leurs besoins. Nous avons souhaité proposer aux parents et aux bébés une proximité des soins, un confort dans un environnement gai et chaleureux.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Une épreuve très difficile pour nous sur l'île a été la crise du chikungunya en 2006. Très violente, elle nous a pris au dépourvu. Globalement, tout le monde a été touché, personnels y compris. En l'absence de déclenchement du plan blanc, nous avons dû gérer la crise par nous-mêmes avec une baisse substantielle de moyens humains et surtout, contrairement à nos confrères du public, sans renfort de la métropole.

Nous ne pouvons que pointer du doigt cette injustice alors que le caractère exceptionnel de la situation aurait dû nous autoriser à réquisitionner et à mutualiser les moyens. Nous nous sommes particulièrement inquiétés pour la continuité des soins au sein de notre maternité et les risques d'infections fœtales. Nous avons subi une baisse d'activité de l'ordre de 40 % et nous avons mis quelque 9 mois à nous remettre de cette crise.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

La politique de santé menée actuellement me fait penser à un parapluie que l'on ouvre et que l'on referme en fonction des aléas extérieurs. Elle n'est pas réellement tournée vers la prévention et ne met pas en place des mesures pour le très long terme. Je m'interroge également sur le rôle et la place de l'hospitalisation privée dans le cadre des coopérations avec le secteur public. Je suis toujours assez surprise du décalage entre les deux secteurs en termes de vision économique, vision sociale et de modes de management.

3 QUESTIONS



**Benoît de
SERMET**

Directeur de la
Clinique du Palais
à Grasse (06),
groupe Domusvi

JEUDI 2 DÉCEMBRE 2010

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

Je suis très heureux d'avoir pu mener à bien un projet initié par mon prédécesseur, qui menaçait de capoter faute de pouvoir réunir l'équipe nécessaire, mais qui va finalement pouvoir se concrétiser l'an prochain. En effet, nous allons inaugurer en 2011 notre service de prise en charge des consultations non programmées, ouvert tous les jours jusqu'à 22h et qui sera surtout destiné à désengorger les urgences de l'hôpital public, ce qui sera un vrai plus pour la population locale en termes de service public. D'autre part, nous venons de passer la certification V2 qui devrait être sans réserve ni suivi, ce qui est toujours de bon augure pour un établissement et un soulagement pour un directeur. Nous travaillons également sur la réactualisation de notre projet médical avec à terme la mise en place d'une unité de soins continus, le développement de la chirurgie de l'obésité dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire ainsi que l'introduction de nouvelles techniques de traitement en urologie (ablathermie).

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Je suis un peu déçu de n'avoir pas été en mesure de conserver toutes les autorisations en matière de chirurgie carcinologique de la clinique du Palais. En effet, malgré un niveau d'activité supérieur au seuil en 2008 et la qualité de l'équipe médicale, nous avons été contraints de regrouper l'autorisation de chirurgie des cancers gynécologiques

sur un autre site du groupe, à Cannes, pour ne pas la perdre, compte tenu de la méthodologie retenue par l'ARH, ce qui d'un point de vue global, est un moindre mal.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Nous sommes une clinique naissante, donc nous n'avons pas de conditions d'exploitation encore bien établies, cependant, la baisse des tarifs en chirurgie ambulatoire pose interrogation et surtout fragilise nos résultats. Nous sommes d'autre part dans l'expectative quant au traitement qui nous sera réservé suite à des dépassements d'OQOS, sanctions financières ? Je pense également que l'absence de revalorisation des salaires des salariés du privé, et ce, depuis plusieurs années, risque de nous poser des problèmes et de déstabiliser un climat social qui pour l'instant est bon.

3 QUESTIONS

JEUDI 17 DÉCEMBRE 2009



Marie-France PANZANI-ORTH
Directrice de la
Clinique
Saint-François à
Nice (06)

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

D'avoir mené la Clinique Saint-François, créée en 1958 par mes parents, et reprise par moi-même et un groupe de médecins en 1992, à son niveau actuel. En effet, malgré sa taille modeste, moins de 100 lits et places, et ses deux spécialités, psychiatrie et chirurgie, nous avons rénové complètement le plateau technique et avons séparé de manière très fonctionnelle les deux spécialités qui, d'habitude, ne cohabitent pas dans notre type de structure. En chirurgie, malgré la concurrence féroce, nous avons réussi à constituer des équipes médicales sérieuses et compétentes sur chacune de nos spécialités (ophtalmologie, ORL, chirurgie de la main, chirurgie esthétique) en mettant le patient au cœur de notre projet médical, en développant la chirurgie ambulatoire et les urgences de la main. En psychiatrie, nous avons ouvert un hôpital de jour de 10 places en juin 2009 qui prend en charge des patients présentant des troubles de l'humeur (troubles bi-polaires), ce qui correspond totalement à de la psycho-éducation, thème d'actualité. Enfin, cette réussite je la dois aussi à mon équipe de collaborateurs proches, compétents, soudés, qui m'accompagnent depuis de nombreuses années et sur qui je peux complètement m'appuyer.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Après deux visites de certification et dont une V2 en 2006 avec trois actions exemplaires, nous avons subi une visite en octobre 2010 qui nous a complètement anéantis par l'attitude des experts-visiteurs, très déstabilisante pour les équipes. Alors que la démarche qualité a été ma préoccupation première depuis 1992, car je pense que notre structure de taille modeste, dans un environnement concurrentiel de grande ville, ne pourra

survivre que dans le respect du patient, du personnel, de ses médecins et de l'environnement, je déplore le fait de devoir être aussi dépendants d'experts, eux trop indépendants. Je pense qu'il devrait automatiquement y avoir un coordinateur de la HAS présent lors de ces visites.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

La mise en place de l'ARS et sa vision d'une structure de proximité comme la mienne, située à 50 mètres du plus grand chantier hospitalier de France, le futur PASTEUR II qui sera le pôle Est du Centre Hospitalier Universitaire de NICE avec les urgences et la faculté de médecine et le Centre Antoine Lacassagne (Centre Anti Cancéreux). Cette mitoyenneté avec ces deux grosses structures me stimule à relever un des défis futurs évoqués par Jacques ATTALI lors de sa conférence du 19 novembre, à savoir la nécessité « d'une concurrence loyale entre secteurs hospitaliers public et privé, condition indispensable à l'existence d'une vraie complémentarité. La transparence des comptes apparaît donc comme le corollaire à cette exigence et la vérité sur les prix, préalable indispensable à tout débat sérieux ». Dans ce contexte, je souhaite adhérer pleinement à son approche positive, volontaire, humaniste de la Santé malgré l'incertitude de ce monde.

3 QUESTIONS

JEUDI 16 DÉCEMBRE 2010



Yves ATTUEL
Directeur du Pôle
Santé de Côté-
sur-Loire (58),
groupe Kapa
Santé

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

J'ai été responsable d'un centre de traitement du cancer pendant 5 ans et le milieu de la cancérologie a été pour moi une vraie découverte. Dans le cadre du premier Plan Cancer du début des années 2000, nous avons mis en place un accompagnement individualisé des patients, un réseau dit « de soins de supports » faisant appel à différents professionnels : psychologue, assistant [e] social [e], nutritionniste, en fonction de la demande des patients. L'ensemble de ces dispositifs avait pour but de permettre au patient d'appréhender de la meilleure façon possible le choc de l'annonce d'un cancer et tous les changements et difficultés s'y rattachant, comme l'isolement. Cela a aussi permis d'humaniser davantage le rapport soignant-patient. Pour moi, en qualité de directeur d'établissement, participer activement à l'amélioration de la qualité de vie de nos patients a été un vrai motif de satisfaction.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

J'ai bien évidemment connu des situations difficiles dans ma vie professionnelle, mais pas véritablement des échecs. Un échec est un constat définitif sur une situation donnée, et je ne me suis jamais retrouvé dans une situation telle, qu'aucune solution ne puisse être trouvée. Bien évidemment, des difficultés de dialogue social, naissant de l'impossibilité à instaurer des échanges autour desquels chacune des parties puisse trouver son compte

sont toujours pour nous, directeurs, des situations difficiles.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Notre actualité concerne le rapprochement de l'hôpital avec notre clinique, projet initié de longue date par les tutelles, qui donnera naissance au Pôle de Santé de Côté-sur-Loire au second semestre 2011. Le projet a une particularité : ce sera l'hôpital qui intégrera les murs de la clinique. Les travaux de restructuration de l'établissement seront pris en charge par notre groupe pour donner naissance à un établissement proposant une offre de soins complète pour un bassin d'environ 70 000 habitants. Chacune des entités conservera le statut qui lui est propre et certaines unités fonctionnelles comme la restauration et le scanner seront communes (GHS ou GIE). Ce projet de coopération public/privé montre bien qu'il est parfois nécessaire d'unir les différents acteurs de santé sur un territoire, dans un but d'efficacité, d'économies et pour pérenniser l'offre de soins.

3 QUESTIONS

JEUDI 23 DÉCEMBRE 2010



Dr. Stephen CHICHE

Directeur du Pôle de santé du Plateau à Clamart et Meudon (91)

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

C'est pour moi notre dernier projet en date, la création du Pôle de santé du Plateau issu du regroupement de la Clinique du Plateau et de la Clinique de Meudon. Ces deux cliniques, distantes de 3 km, étaient en difficulté financière. La clinique du Plateau ne pouvait plus se développer et la clinique de Meudon accusait un déficit de 25 % de son chiffre d'affaires. Il a donc été vital de s'agrandir, rénover et surtout redéfinir un projet d'établissement cohérent. Ce projet a été basé sur nos 5 spécialités chirurgicales et notre fort ancrage en cancérologie. La complémentarité entre le court et le moyen séjour s'est avérée essentielle dans notre binôme. Nous sommes actuellement en mesure d'offrir l'ensemble des filières de soins, des urgences aux soins palliatifs, tout en affichant des résultats positifs. Ceci n'a pu être réalisé que grâce à des équipes dynamiques, un encadrement qui ne compte pas son temps et des personnels volontaires.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Nous avons vécu des heures de très vive inquiétude au tout début des travaux d'extension de la clinique de Meudon en 2007. Une canalisation d'eau a été percée provoquant en 45 minutes une inondation. Le niveau d'eau a atteint 1,40 m d'eau sur tout le rez-de-chaussée qui a été totalement dévasté. Les services techniques et logistiques (cuisine, TGBT, sécurité incendie, téléphone, chaufferie) mais aussi la pharmacie, la radiologie et tous les cabinets de consultation ont particulièrement souffert. 130 pompiers, 80 personnels de la Croix Rouge, 40 policiers, le cabinet du préfet, du maire, etc se sont mobilisés. Cet évènement qui s'est soldé par l'évacuation de tous les patients, la fermeture de la clinique, une expertise judiciaire pour reprendre les travaux et des pertes se chiffrant à 1,5 millions d'euros aurait bien pu signifier la fin de notre aventure. Je n'oublierai jamais l'élan de solidarité de la part des salariés et des médecins mais aussi de

leurs familles ainsi que de l'ensemble de nos prestataires à pied d'œuvre dès le lendemain matin pour nettoyer, réparer, changer. Voici comment la vie d'un établissement peut basculer en 45 minutes. Finalement l'établissement a été ré-ouvert au bout de 15 jours et les travaux ont repris 2 mois après.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

J'espère que la transformation des ARH en ARS, ne sera pas synonyme d'un regard plus administratif et étatique. Notre cadre d'exercice est de plus en plus contraint avec des enquêtes à répétition qui nous renvoient toujours davantage aux contradictions du mode de fonctionnement des établissements privés et des médecins libéraux. D'autre part, je suis assez choqué de la manière dont nous sont retirés des financements pour des missions majeures pour lesquelles au départ un travail d'incitation avait été fait de la part des tutelles. Nous avons par exemple appris par simple courrier que nos gardes médicales en soins de suite hémato cancérologie ne seront plus financées à partir du 1er janvier 2011, alors que de toute évidence cette absence de présence médicale fragilisera durablement les établissements concernés.

3 QUESTIONS

JEUDI 6 JANVIER 2011



Gilles VORMELKER
 Directeur de la Polyclinique Saint-Claude à Saint-Quentin (02), groupe Vitalia

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

Rares sont les directeurs d'établissement qui peuvent citer une belle réussite. Dans une carrière, un certain nombre de réalisations peuvent nous rendre satisfaits de nos actions. Pour ce qui me concerne, je crois avoir beaucoup travaillé à changer l'image régionale de l'établissement que je dirige depuis septembre 1998, mais aussi l'image de l'hospitalisation privée, qui n'est pas forcément flatteuse aux yeux de nos amis du public. Face à l'un des plus gros CHG de France, Saint Claude n'a pas de complexe d'infériorité puisque nous visons à être un pôle d'excellence grâce à notre plateau d'imagerie, notre activité en cancérologie (chirurgie digestive et viscérale, chirurgie urologique, chirurgie du sein, chimiothérapie) et à la création d'un centre de l'appareil locomoteur regroupant la chirurgie orthopédique et la rhumatologie, bientôt complété par l'ouverture d'un centre de SSR avec balnéothérapie en 2012. La participation de l'établissement que je dirigeais par le passé à l'accueil de civils bosniaques amputés lors de la guerre en ex-Yougoslavie me procure également le sentiment d'avoir rempli la mission pour laquelle nous œuvrons.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Je considère les difficultés de recrutement que l'on rencontre depuis quelques années comme une forme d'échec. Nous subissons en France, du fait de la vision comptable déjà ancienne de la politique de santé, une limitation du nombre de médecins qui, dans notre ville, se surajoute au manque d'attrait de celle-ci qui n'est pas une ville universitaire. Paradoxalement, de nombreux médecins étrangers sont autorisés à travailler dans certains

hôpitaux de notre région, cherchez l'erreur ! La région Picardie est dans le peloton de tête pour les maladies cardiovasculaires ainsi que pour les maladies du cancer. L'hospitalisation privée y est très présente et fait jeu égal avec l'hospitalisation publique. A terme, je crains que la pénurie de médecins ne perturbe cet équilibre, tout en fragilisant l'offre de soins et l'hospitalisation privée. À ce jour, à Saint Claude, 30 médecins sur 64 ont plus de 55 ans - dont 13 ont plus de 60 ans.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Essentiellement le manque de représentativité de l'hospitalisation privée dans les instances mises en place par les ARS. À titre d'exemple, en Picardie, 2 représentants du privé - dont 1 Président de CME - sur 96 membres de la CRSA ! Dans le territoire de santé de la clinique, sur 52 membres de la conférence de santé du territoire, je suis le seul représentant du privé - même mon suppléant est de l'hospitalisation publique ! Puis le silence sur la convergence des tarifs public-privé qui constituait pourtant un engagement de nos dirigeants.

3 QUESTIONS



**Prof. Philippe
EVEN**
Pneumologue
et Président de
l'Institut Necker,
Paris

JEUDI 13 JANVIER 2011

Pourquoi un médicament tel que le Médiator a-t-il été laissé sur le marché aussi longtemps ?

La dangerosité du médiateur, produit autorisé aux seuls diabétiques et vendu comme coupe-faim, a été évoquée dès 1999 à la suite de cas de valvulopathies induites par ce médicament, qui n'est autre qu'une amphétamine, substance interdite en France depuis 1997 et qui a fait des centaines de victimes en Europe et aux États-Unis ! La mention amphétamine n'étant nulle part spécifiée, le laboratoire a continué à la commercialiser en toute impunité pendant encore 11 années alors que les soupçons et les notifications de pharmacovigilance se sont multipliés au fil des années. Ce scandale aura l'avantage de mettre en lumière les dysfonctionnements autour des conditions d'octroi d'autorisations de mise sur le marché des médicaments en France, ainsi que ceux de nos systèmes de contrôle qui sont compliqués, parfois « juge et partie », et qui, à coups de commissions, mettent des années à prendre des décisions. Sans oublier le poids formidable de l'industrie pharmaceutique en France et ailleurs.

Nous sommes dans une situation de crise, que conseillerez-vous aux pharmaciens de nos 700 cliniques adhérentes ?

Dresser trois listes de médicaments : les inactifs, les dangereux, et les efficaces et se limiter à ceux qui sont moins onéreux dans cette dernière catégorie. Ce serait une manière judicieuse et efficace d'écarter les 50 % de médicaments qui ne servent à rien mais qui restent tout

de même sur le marché, tout en étant plus attentifs à ce qui est distribué aux patients. Je pense que les pharmaciens, de par leur formation, perception et expérience, en coopération avec un panel d'experts indépendants, seraient les plus qualifiés pour porter ce projet. Que l'hospitalisation privée amène un tel projet serait également une leçon d'efficacité pour les pouvoirs publics.

Acheteurs puissants, quel rôle les établissements de santé privé peuvent-ils jouer dans l'amélioration du système du médicament ?

Je suis issu du secteur public mais je porte un jugement positif sur le secteur privé en termes de compétences et d'organisation. Je pense que ce secteur pourrait avoir un rôle efficace et leader en termes de pharmacovigilance et ainsi participer activement à l'amélioration du système du médicament. Les chiffres sont effrayants, aussi bien ceux liés à la prise en charge des victimes des médicaments que les coûts des médicaments eux-mêmes. Le médicament coûte aux Français 30 milliards d'euros par an, c'est-à-dire trois fois plus que le trou de la sécu ! Retirer du marché les médicaments dangereux et inefficaces conduirait globalement à redresser la balance. En termes d'image, l'hospitalisation privée a très certainement sa carte à jouer, d'autant plus que désormais le ministère ne va pas rester sans rien faire.

3 QUESTIONS

JEUDI 20 JANVIER 2011

Gilles VALLADE
 Directeur général
 de Clinique
 Convert à Bourg
 en Bresse (01),
 groupe Générale
 de Santé

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

Ma plus belle expérience concerne la création de l'unité de cardiologie interventionnelle au sein de la Clinique Convert. Ce projet a la particularité, sous l'impulsion de l'ARH, d'avoir été mis en place en coopération avec l'hôpital dans le cadre d'un GCS. C'est un projet qui a été porté par nos médecins dès 2008 et pour lequel nous sommes en train d'acquiescer notre vitesse de croisière. Nous sommes très fiers d'avoir pu accueillir dans notre unité de cardiologie interventionnelle près de 1050 patients en 2010 et effectuer 475 dilatations coronaires. L'ultime étape de ce projet sera l'ouverture d'une unité de soins intensifs cardiologiques fin 2011. La clinique Convert a acquis une vraie compétence en cardiologie et affiche, avec 2 %, le taux de mortalité le plus bas de la région Rhône-Alpes. Nous pensons ainsi offrir de meilleures chances à nos patients qui étaient auparavant transférés au centre de Lyon.

Quel est votre plus grand regret ?

Je regrette que notre partenaire, le Centre Hospitalier, n'ait pu aller aussi vite que nous dans la réalisation de ce projet de coopération. Aucune équipe de cardiologues de l'hôpital n'a jamais vraiment été disponible pour coopérer dans la phase de développement. Cette situation est en partie liée aux difficultés de recrutement qui nous touchent aussi en Rhône-Alpes et qui ne sont pas

spécifiques au seul secteur privé. Ces pénuries de spécialistes nous obligent à élargir régulièrement notre aire de recrutement jusqu'à la Belgique et l'Italie.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

A l'approche du 1^{er} mars, la question qui m'interpelle est celle de nos tarifs qui suivent une tendance lourde à la baisse, en lien avec les déficits récurrents des finances publiques. Le secteur privé est par ailleurs soumis à une concurrence de plus en plus forte de l'hôpital qui bénéficie de tarifs supérieurs. Je compare souvent notre secteur à celui de la métallurgie nécessitant des investissements lourds et une main-d'oeuvre importante. A défaut de devenir une « industrie sinistrée », nous devons poursuivre le développement de nos activités tout en exerçant une vigilance accrue sur la gestion de nos moyens. Il est impératif pour chacun de nos établissements de devenir un acteur incontournable au service des patients de son territoire.

3 QUESTIONS



Patrick BEEUSAERT
 Directeur de
 Cliniques &
 de la stratégie
 médico-sociale
 (59), groupe HPM
 (Hôpital privé
 de la métropole
 lilloise)

JEUDI 27 JANVIER 2011

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

Le projet d'établissement qui m'a apporté la plus grande satisfaction est la création d'une HAD sur notre territoire. Il y a 7 ans, il n'existait que très peu de HAD privées en France. Les difficultés d'obtention de subventions rendaient cette activité inintéressante. Lors de la naissance de notre projet, nos concurrents du public ont essayé de nous mettre des bâtons dans les roues mais nous avons finalement été soutenus par notre ARH. Nous avons finalement pu inaugurer notre HAD Anais dans les domaines, soins polyvalents, périnatalité, et pédiatrique, en 2006. Nous sommes tous très fiers de ce projet que nous considérons comme une belle réussite parce que nous sommes en mesure de répondre parfaitement aux besoins de nos patients. Nous essayons de réduire les temps d'hospitalisation au maximum et nos parturientes n'hésitent pas à avoir recours à notre suivi post-partum à la maison assuré par nos sages-femmes. L'avantage supplémentaire d'avoir une HAD au sein d'un groupe est qu'elle apporte un dynamisme au niveau des personnels. Nous sommes par ailleurs la seule HAD privée de notre région.

Quel est votre plus grand regret ?

En 2005, nous avons racheté une petite clinique ayant une maternité pilotée par 2 obstétriciens, et, au regard des difficultés rencontrées pour en recruter davantage, nous nous sommes tournés vers l'hôpital de Tourcoing pour la création d'un GHS. Nous avons déposé un dossier commun et obtenu l'avis favorable du CROS qui a validé le transfert, et 22 salariés ont été transférés. Quelques jours plus tard, l'ARH s'est opposée à celui des lits et nous a retiré notre autorisation. Nous avons donc essayé une perte de 30 lits en un coup de plume. Finalement nous avons rebondi et transformé cet échec en une superbe réussite avec la

création d'une EHPAD sur ce site, ainsi que l'ouverture de lits en gérontologie, médecine et SSR, un total de plus de 150 lits. C'est actuellement un site médico-social & sanitaire, dont la notoriété ne fait que grandir.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Nous devons faire face à une double problématique : celle de notre sous-représentativité, dans les instances décisionnaires, par rapport à notre poids réel, qui fait que nous perdons continuellement du terrain, et celle des discordances au sein de notre propre camp, qui font que nous n'apparaissions pas toujours comme une profession unie. Nos concurrents ne sont pas tous issus du secteur public, loin s'en faut. Je pense qu'il est nécessaire que nous adoptions une démarche collective solidaire parce que l'hospitalisation privée, c'est avant tout un réseau de complémentarités où l'humain est au centre. La pérennité des établissements privés, c'est aussi leur capacité à s'adapter aux contingences et à se regrouper, parfois même dans un esprit d'abnégation. Mon engagement spirituel m'aide beaucoup à prendre un peu de hauteur dans mon quotidien où nous sommes forcés de prendre position et de décider. Aussi, mon mot de fin, en cette nouvelle année, sera une citation du pasteur Luther King, qui a dit à juste titre : « *Lorsque le pouvoir de l'amour surpassera l'amour du pouvoir, les hommes connaîtront la paix.* »

3 QUESTIONS



Jean-Pierre PERRIGAUD
Directeur de la Polyclinique Majorelle à Nancy (54), groupe Médi-Partenaires

JEUDI 3 FÉVRIER 2011

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

J'ai un souvenir très fort, presque affectif de mon premier poste de directeur sur un établissement de petite taille. J'y ai vécu l'ouverture d'un hôpital public flambant neuf sur notre territoire, les problématiques de développement de projet d'établissement dans un contexte contraint et avec des ressources limitées, les difficultés de recrutement... Nous avons dû « repenser » l'établissement en le restructurant et dédiant une partie importante à la prise en charge en ambulatoire. Fédérer l'équipe médicale et associer le personnel à ce projet reste un excellent souvenir pour moi. Le monde de la santé est un milieu passionnant et passionné, qui met en interaction des professionnels de formation radicalement différente dont les intérêts divergent souvent. Je pense être l'un des rares directeurs de clinique privée à être sociologue de formation, ce qui me sert beaucoup dans l'exercice de mon métier ! J'ai quitté aujourd'hui ma région d'attache, le Sud-ouest pour la Lorraine où j'ai pris la direction de la Polyclinique Majorelle, plus grosse maternité privée de la région. Nous travaillons au quotidien avec les médecins et les réseaux pour devenir un établissement incontournable dans la prise en charge de la Femme autour de pôles d'excellence comme l'Obstétrique, l'Assistance à la Procréation Médicale et la Chirurgie du cancer du sein.

Avez-vous vécu des échecs dernièrement ?

Mon plus mauvais souvenir est celui d'un recrutement médical ambitieux et vital pour l'établissement sur lequel nous avons travaillé plusieurs mois avec le président de CME et qui n'a malheureusement pas abouti quelques jours avant le démarrage. Il faut savoir expliquer et trouver les mots avec tous ceux qui se sont fortement investis dans

le projet. Nous subissons les contraintes du secteur à savoir des ressources stagnantes et des charges galopantes. L'environnement est très concurrentiel tant dans notre propre secteur, le privé, qu'avec le public, mais nous avons la responsabilité de l'entreprise et devons réagir comme tel. Nous faisons un métier exigeant et l'exercer dans un groupe comme Médi-Partenaires est facilitant grâce aux relations de confiance et à l'autonomie laissée dans nos choix et décisions.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Des incompréhensions avec la mise en place des ARS, l'état centralise les pouvoirs au niveau régional mais ne le fait pas au niveau national, je ne vois pas comment ce système pourra perdurer dans l'avenir. Et puis des craintes majeures, nous avons aujourd'hui une taille et un projet médical qui nous permet de recruter encore de jeunes médecins. Mais la démographie médicale en obstétrique, le poids des assurances, des « vraies fausses bonnes idées » comme le dit si justement notre syndicat, que sont les maisons de naissances, vont finir par tuer les maternités privées de moindre taille et mettre en péril les autres. En conséquence, le secteur privé doit toujours avoir un temps d'avance, rester constamment en alerte et faire preuve de créativité et d'audace.

3 QUESTIONS



Virginie COLL
Directrice de
la Polyclinique
Santa Maria à
Nice (06)

JEUDI 10 FÉVRIER 2011

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

L'événement le plus médiatique et médiatisé que j'ai vécu durant mon parcours professionnel a été l'accueil d'Angelina Jolie lors de la naissance de ses jumeaux, en 2008, événement qui a largement mobilisé nos équipes plusieurs mois avant l'arrivée du couple Jolie-Pitt et durant leur séjour de 3 semaines chez nous. Notre établissement qui accueille régulièrement des personnalités s'adapte constamment aux demandes et exigences de cette patientèle. Aussi, nous proposons un service qui s'appuie sur quatre valeurs : compétence, service, discrétion et sécurité. Nous avons une zone d'atterrissage pour hélicoptère sur le toit de notre bâtiment, des lecteurs d'empreintes digitales pour accéder à certains services et surtout un service de sécurité et des personnels très discrets. La présence de l'actrice chez nous a toutefois mis à l'épreuve tous nos dispositifs tant l'euphorie et l'insistance des journalistes étaient fortes mais nous gardons un souvenir très positif de son passage chez nous.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Nous avons fait une demande d'autorisation auprès de notre tutelle pour l'installation de 6 berceaux de néonatalogie en vue de la création d'une première unité kangourou dans notre région. Favoriser le lien parents-enfants dès la naissance fait partie des orientations du plan périnatalité du SROS. Nous avons malgré tout essuyé un refus de l'agence sans aucun motif valable. Nous sommes sans doute trop médiatisés et cela ne plaît pas. Nous venons de redéposer un dossier en janvier et ne désespérons pas d'obtenir gain de cause.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Pour rester dans mon cœur de métier, la naissance et plus largement la santé de la femme, je pense que la mise en place des Maisons de Naissance signifie un vrai retour en arrière pour les femmes qui, à mon sens, sont en quelque sorte manipulées. On leur fait croire qu'un accouchement naturel ne peut se faire qu'en dehors des maternités alors qu'il est tout à fait possible d'y accoucher avec des méthodes moins médicalisées, en toute sécurité. Dans notre clinique, l'ensemble de notre personnel a été formé selon la méthode du dr. de Gasquet, méthode qui permet une participation active du futur papa tout au long de la grossesse et lors de la naissance, qui amène la maman à conduire son accouchement selon les positions qui lui conviennent. Nous accordons une importance toute particulière aux projets de naissance et à la communication avec les futurs parents et les papas peuvent même accompagner la maman au bloc opératoire lors de césariennes. Nous sommes contre la sur-médicalisation mais aussi fermement opposés à la sous-médicalisation parce que c'est tout simplement dangereux !

3 QUESTIONS



Claire GRENOUILLET
Directrice de
l'Hôpital Privé
les Franciscaines,
Nîmes (30)

JEUDI 17 FÉVRIER 2011

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

Jeune diplômée d'HEC fin 2006, j'ai souhaité débiter ma carrière dans un domaine d'activité selon moi « porteur de sens » : la santé. Cette première approche et la découverte de ce monde constituent pour moi une très belle expérience. Notre PDG, Monsieur Patrick Giordani m'a permis de gravir les échelons de manière progressive, pragmatique et structurée. J'ai bénéficié d'une formation de terrain pendant plusieurs mois aux côtés des différents professionnels exerçant dans l'établissement. Appréhender « in vivo » le rôle, l'importance et les problèmes de chacun au sein d'un établissement permet de mieux exercer les responsabilités liées à la fonction de dirigeant. Je pilote, par ailleurs, la mise en place du dossier patient informatisé sur les deux établissements nîmois du groupe. Une étape décisive vient d'être franchie avec succès : le déploiement sur deux services pilotes. Plus qu'un simple changement de support, l'informatisation du dossier patient est une démarche éminemment structurante pour un établissement. En effet, elle implique de s'interroger sur ses pratiques et de remettre en cause ses fonctionnements dans un souci d'efficacité, mais aussi et surtout, pour une amélioration de la prise en charge des patients.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Le recrutement des compétences infirmières nous a posé d'énormes difficultés durant l'été 2010. En pleine période estivale, déjà difficile à gérer en termes d'effectif, nous avons été confrontés à de nombreux congés maternité, donc des besoins supplémentaires en personnel. Les agences d'intérim étant dans l'incapacité de nous déléguer le personnel souhaité,

nous avons été amenés à demander, plus d'efforts encore, aux équipes en place, qui, épuisées avaient le sentiment d'être sur-sollicitées. Des facteurs externes expliquent cette pénurie dans le Gard : taux d'infirmières libérales très élevé, généralisation du recours à l'intérim tous secteurs confondus, fuite des élèves infirmières formées dans les écoles de Nîmes vers d'autres départements. Compte tenu des tensions actuelles en matière de recrutement, il est probable que nous vivions une nouvelle période de pénurie au cours de l'année 2011, et ce, malgré de nombreuses actions mises en œuvre pour augmenter l'attractivité de notre établissement (par exemple la crèche d'entreprise ouverte en 2008).

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Sur le plan financier, je n'ai aucune attente particulière et ne me fais aucune illusion quant aux tarifs 2011 pour notre secteur. Depuis la mise en place de la V11, les campagnes tarifaires sont, à mon sens, de plus en plus opaques. La « redistribution des ressources » à l'intérieur des tarifs est difficile voire impossible à appréhender. La gestion prospective d'un établissement à moyen et long terme en est rendue très compliquée. Sur le plan juridique, il est essentiel de rester attentif à la mise en œuvre progressive de la loi HPST. Cette loi et ses textes d'application amènent des modifications substantielles du paysage sanitaire, avec leur part de risques mais aussi d'opportunités.

3 QUESTIONS



Lamine GHARBI
PDG du groupe
Cap Santé à
Pezenas (34),
Président de la
FHP-MCO

JEUDI 24 FÉVRIER 2011

Commençons par Cap Santé, quelle est votre plus belle réussite ?

Comme tous, je construis et gère au quotidien, patiemment, avec pragmatisme des établissements. Cela passe naturellement par des petites victoires mais aussi par des frustrations et beaucoup d'efforts. Toutefois, je suis satisfait d'avoir bâti un groupe régional de proximité de 7 établissements en partant d'un établissement acheté en 1987 par mon père, médecin anesthésiste. Notre volonté était de créer une offre de proximité dans des petites villes, qui réponde aux besoins immédiats d'une population et garantisse, sur une région, une offre diversifiée avec des activités MCO, SSR, HAD et des EHPAD. La ténacité est dans ce métier une nécessité qui m'a servi par exemple, après des années de lutte, pour obtenir l'autorisation de services d'urgences et de scanners, sur un territoire où l'établissement le plus proche se trouve à 45mns.

... Une présidence régionale désormais bien ancrée

La FHP Languedoc-Roussillon vient d'inaugurer la MHP2, la nouvelle maison de l'hospitalisation privée. Elle regroupe sur 4000 m2, le syndicat régional de la FHP, les écoles d'aides-soignantes et d'infirmières, ainsi que le centre de formation des apprentis. La Maison accueille tous les jours plus de 150 étudiants. Mais c'est surtout pour les 81 cliniques de la région, un réel guichet

unique où elles trouvent toutes les réponses à leurs besoins en termes de services, de conseils, mais aussi et surtout de formation. Demain, c'est notre école d'aides-soignantes, d'une capacité de 60 élèves, à Perpignan qui verra le jour dans de nouveaux locaux.

Comment transformer l'essai au niveau national de la FHP-MCO ?

L'expérience régionale n'est pas transposable à l'identique au national, bien qu'elle demande la même expertise du métier et exige la même pugnacité et engagement ! Il est très difficile d'accepter une approche macro-économique des tutelles quand on sait traduire immédiatement ce que cela signifie pour chacun en « micro » ! Donc, peu à peu il a fallu apprendre la langue du ministère, de Bercy, de l'Élysée et savoir la pratiquer... Malheureusement, les résultats obtenus sont loin d'être proportionnels au travail fourni, il s'agit d'un travail de longue haleine, ou plus précisément, d'une guerre de tranchées. La campagne tarifaire 2011 est une catastrophe, même annoncée, elle reste difficile à accepter. Nous le savons bien, il n'y a pas de miracle. Rugbyman, je suis toujours prêt à prendre des coups et à en donner... pour la profession.

3 QUESTIONS



Emma CALVÉ
Directrice de
la Clinique de
Tournan, Tournan-
en-Brie (77)

JEUDI 3 MARS 2011

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

Ma plus grande source de satisfaction actuellement est d'avoir impulsé un projet de restructuration des urgences dans notre clinique en 2010 et de pouvoir en récolter les fruits après quelques mois seulement. Je suis directrice d'hôpital public de formation et j'ai exercé à l'AP-HP pendant plus de 17 ans avant de me laisser séduire par un projet de regroupement de 3 cliniques privées dans le 77, le Groupe Salvia Santé. Postuler dans le secteur privé était déjà une démarche très importante pour moi, mais prendre en main un projet porteur et vital pour notre clinique, une réelle motivation. En effet, dans le privé, les urgences sont un levier pour fidéliser la patientèle en lui proposant un accueil et un parcours de soins sans faille. Afin de remettre notre clinique dans la boucle des urgences du 77, nous avons entrepris de nous repositionner en sollicitant les partenaires sanitaires et le centre de régulation des urgences. Nous avons aussi mis en place, avec les urgentistes et le concours de l'ANAP, une filière courte pour que le temps d'attente aux urgences soit diminué et cela en partenariat avec notre service d'imagerie et notre laboratoire. Nous avons ainsi pu littéralement « casser » le temps d'attente des patients. J'ai été impressionnée par la réactivité de tous les acteurs sur ce projet. Cela donne vraiment envie d'en développer d'autres. Au-delà des clivages public/privé que l'on peut rencontrer, la réussite de projets communs sur un territoire est avant tout une affaire humaine.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

J'ai vécu ma première mission professionnelle, la fermeture et le transfert de l'activité et des équipes de l'hôpital Laennec/Broussais/Boucicaut vers l'hôpital Georges Pompidou en 1998,

comme une expérience enrichissante et positive, alors que pour la majorité des professionnels qui y travaillaient, cela a signifié la fin d'une époque et beaucoup de tristesse. Je n'oublierai jamais le jour de la fermeture des urgences de l'hôpital Laennec qui marquait la « fin » d'un établissement de soins. Cela restera pour moi un épisode de ma carrière très marquant.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Depuis que j'exerce dans le secteur privé, je perçois mieux les problématiques afférentes aux deux secteurs. Dans le secteur public, je note un éclatement dans la distribution des responsabilités, avec une multiplicité de postes de direction : un DG qui met le cap et plusieurs directeurs qui mettent en œuvre. C'est dans un sens facilitant, mais ce n'est pas forcément un avantage et parfois même un frein. J'apprécie donc d'autant plus le pouvoir de décision et la réactivité dont bénéficie un directeur dans le privé. Mais je constate aussi que les contraintes qui pèsent sur nous sont plus lourdes et la politique de santé plus sanctionnante pour un secteur, qui n'a pas la marge de sécurité des MIGAC par exemple. D'autre part, je salue la place plus large qui est faite aux femmes directeurs dans le secteur privé et notamment au sein de notre groupe grâce à nos dirigeants. Que le directeur soit homme ou femme, on lui confie les clés de la clinique. Dans l'optique de la journée thématique du 8 mars, il est bon de rappeler que le secteur privé est un secteur ouvert.

3 QUESTIONS

JEUDI 10 MARS 2011



Valérie FAKHOURY
Directrice de
la Clinique
Saint-Vincent à
Besançon (25),
groupe Capio

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

J'ai occupé plusieurs fonctions dans le domaine de la finance et de la trésorerie pour des groupes industriels internationaux tels Elf Aquitaine et BIC avant de me retrouver dans celui de la santé et je peux dire que le poste de directeur d'établissement hospitalier privé possède une vraie dimension de chef d'entreprise. Il est multi-facettes, varié de par les sujets et interlocuteurs et traite d'enjeux forts. Entre 2008 et 2010, ma plus belle réussite est d'avoir réussi à fédérer le corps médical autour de l'achat d'un robot de chirurgie, qui sera financé par les gains issus d'une meilleure efficacité organisationnelle de la part de tous les praticiens, qui se sont largement engagés à faire des efforts dans ce sens. Ce robot, qui est en place depuis le 15 décembre dernier, est actuellement principalement utilisé en urologie mais des praticiens d'autres spécialités manifestent de l'intérêt : chirurgie mammaire, vasculaire et digestive, ORL. Il nous a semblé important de faire appel aux équipements de pointe pour asseoir davantage notre notoriété dans notre territoire.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

L'Institut Régional Fédératif du Cancer de Franche Comté, un GCS qui a pour mission de fédérer le travail des oncologues et des directions d'établissements de santé dans la lutte contre le cancer, a été créé à Besançon, sous l'égide de l'INCA. Mon plus grand regret est de ne pas avoir été en mesure de trouver des solutions équitables pour y insérer une prise en charge privée. Nos deux oncologues, craignant ne plus être dans la boucle des adressages de patients, ont préféré, à grands regrets, rejoindre le CHU. De facto, on a tué le seul pôle privé de prise en charge d'oncologie et chimiothérapie totalement autonome

de la région, alors que nous assurions près de 15 % des prises en charge des séances de chimiothérapie.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Je participe à plusieurs groupes de travail dans le cadre du SROS et je déplore le fait que l'offre de soins ne soit pas suffisamment définie en fonction des besoins mais plutôt en se basant sur une enveloppe budgétaire et une ressource médicale contraintes. D'autre part, je vois avec crainte l'arrivée de « labels » de plateaux techniques qui définiront les activités chirurgicales des établissements. Avec ce système de gradation, à l'avenir, qui sera autorisé à faire quoi et sur quels critères objectifs, avec quelle pérennité ? On peut décemment se poser la question car nous ne sommes pas dans une situation de concurrence loyale avec le secteur public, dont le rôle est trop souvent privilégié par les ARS. On le ressent au niveau national, et pour nous, très clairement au niveau local.

3 QUESTIONS

JEUDI 17 MARS 2011



Dr. Denis BOUCQ
Directeur de la
Clinique Mozart à
Nice (06)

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

Je suis chirurgien plasticien propriétaire et gérant d'une petite clinique de courts séjours spécialisée en chirurgie esthétique et réparatrice, gastroentérologie et ophtalmologie. Je suis très heureux que mon établissement ait pu survivre aux turbulences et je suis tout particulièrement satisfait d'avoir repris une clinique vétuste et délabrée et de l'avoir rénovée et modernisée étage par étage. Nous sommes dans le paysage niçois un peu comme le petit village gaulois dans la grande Rome menaçante mais nous avons passé les deux dernières accréditations sans réserve. Notre clinique vit et équilibre ses comptes aussi grâce aux activités non-conventionnées, notamment en chirurgie esthétique et réparatrice, ce qui ne veut pas dire que nous obéissions à une logique de rentabilité à tout prix. Ce que nous recherchons, c'est l'équilibre et je suis très attaché à conserver un volume d'activité en chirurgie réparatrice important, ce qui, d'un point de vue intellectuel, me rappelle chaque jour pourquoi j'exerce ce métier.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Cela fait près de 15 ans que j'ai racheté la clinique et j'ai eu de multiples expériences, certaines agréables et d'autres moins réjouissantes ! La clinique Mozart comportait une maternité de 28 lits avant que je ne la reprenne. Mon prédécesseur avait été contraint de

la fermer pour la remettre aux normes de sécurité, sans savoir que la DRASS ne lui/m'autoriserait plus à ré-ouvrir ce service. J'ai dû accepter à mon arrivée à la direction, un transfert de 24 lits de maternité sur un autre établissement avec un abattement de 8 lits, couplé d'une procédure judiciaire puisque je suis allé jusqu'au Conseil d'état. On m'a finalement reconnu, après 15 ans de bataille, la moitié du préjudice mais pour moi, j'ai clairement été victime d'un chantage la part des tutelles de l'époque, et j'en garde un souvenir amer.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Je suis très inquiet du sort qui sera fait aux établissements qui ont des seuils d'autorisation inférieurs à 1500 et qui, soit ne sont pas autorisés à dépasser leur borne haute, soit n'ont pas assez de volume d'activité. Notre borne haute pour notre autorisation en chirurgie ambulatoire est de 1350 et si, comme nous en avons l'intention cette année, nous allons au-delà, nous risquons d'être sanctionnés. L'évolution de notre établissement passera par une augmentation de notre activité en ophtalmologie et la baisse des tarifs nous affectera, mais seulement dans une certaine mesure, car c'est une baisse programmée donc pour une fois prévisible.

3 QUESTIONS

JEUDI 24 MARS 2011

**Claude JULIEN**

Directrice de
la Clinique
Notre-Dame
d'Espérance à
Perpignan (66),
groupe Médipôle
Sud Santé

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

Pour moi, chaque projet qui aboutit est une belle expérience, une certification réussie, l'ouverture d'un nouveau service, une nouvelle spécialité, la formation continue, etc. mais je suis tout particulièrement fière de l'évolution qu'a connue notre pôle mère-enfant ces deux dernières années. Les conditions de vie modernes, font que les jeunes familles, et en particulier les jeunes mamans, sont de plus en plus isolées et bénéficient moins de l'aide de la famille au sens large du terme. Nos professionnels de la périnatalité que sont les obstétriciens, les sages-femmes, les IDE Puér., les Auxi. Puér., la psychologue, l'ostéopathe, l'assistante sociale proposent aux quelque 2000 familles que nous accueillons chaque année un accompagnement précoce, personnalisé, déstressant et généreux qui répond à toutes les attentes des futurs parents et favorise ainsi l'installation du lien mère/père-enfant. Dans cette optique, nous avons créé une « salle nature » pour répondre à la demande des mamans désirant accoucher selon un autre mode de prise en charge qui respecte la physiologie tout en maintenant un niveau de sécurité identique. C'est un lieu en apparence démedicalisé, dans un environnement confortable et une ambiance sereine qui fait plutôt penser à un endroit de villégiature.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Je fais ce métier depuis 25 ans et chaque année qui passe est un challenge, où le risque de faire des erreurs n'est pas exclu. Je me souviens

d'une visite d'accréditation en 2005 qui s'est très mal passée. Les 3 experts visiteurs, déjà contrariés en arrivant, avaient passé la clinique à la loupe pendant 4 jours, déstabilisant et poussant à l'extrême l'ensemble des équipes en ne montrant du doigt que des points de détail. L'effet préjudiciable d'une telle expérience a duré quelque temps et nous avons ensuite désigné un référent qualité qui a beaucoup œuvré à ce que les équipes reprennent leur démarche qualité dans un climat plus favorable. Nous avons d'ailleurs été félicités lors de notre dernière accréditation pour notre travail en amont et en aval pour la prise en charge de nos patients en ambulatoire, comme quoi un échec un jour est transformable en réussite le lendemain.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Là aussi, les problèmes se répètent depuis 25 ans : les questions sociales, les problèmes de recrutement des personnels médicaux et paramédicaux que rencontrent surtout les établissements de taille moyenne, les tarifs, etc. Plus récemment, je me suis insurgée contre les maisons de naissance car c'est à mon sens un vrai retour en arrière. Il est vrai que la demande d'accouchements moins ou non-médicalisés grandit mais reste tout de même à la marge. Je pense que les cliniques privées doivent faire preuve d'audace et d'inventivité, ouvrir leur porte aux sages-femmes libérales, leur permettre de choisir leur mode et temps de travail. C'est ce que nous faisons et les retours sont positifs.

3 QUESTIONS

JEUDI 31 MARS 2011



**Jean-Daniel
SIMON**

Président
du directoire
des cliniques
Kéraudren -
Grand-Large Brest
- SSR de L'Élorn
Landerneau,
membre invité
du bureau de
la FHP-MCO et
Président de la
FHP Bretagne

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

Pour le groupe de cliniques que je dirige sur Brest et sa région, je suis particulièrement fier d'avoir contribué au regroupement de 7 structures hospitalières privées en à peine 20 ans, grâce à une équipe de professionnels (salariés et médecins), engagée, impliquée et reconnue. Pour la présidence de la FHP Bretagne que j'assume depuis plus de 10 ans et qui comprend 32 cliniques, je pense que ma plus grosse contribution a été la création d'une unité d'actions communes pour défendre notre secteur, et ce, malgré l'évolution « capitaliste » de nos cliniques bretonnes. À titre d'exemple, nous avons réussi à harmoniser les tarifs de nos cliniques qui affichaient des écarts allant jusqu'à 25 %. Plus récemment, nous avons obtenu gain de cause auprès de l'ARS sur 2 dossiers : le maintien du Comité Régional des Contrats, rendez-vous trimestriel entre l'ARS et les cliniques privées, qu'elle souhaitait supprimer, ainsi que la négociation et la révision à la baisse (trop modeste à mon sens) des sanctions dans le cadre des contrôles T2A.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Je suis de nature optimiste et j'ai tendance à oublier mes échecs, ce qui me permet d'avancer. Je pense simplement qu'il faut parfaitement connaître le secteur, faire preuve d'anticipation et de réactivité pour ne pas justement subir trop d'échecs. Le secteur public est depuis la T2A devenu très actif, aussi, il ne faut pas hésiter à « marcher sur les plates-bandes du

voisin », se lancer dans des activités qui, jusqu'alors, étaient plutôt réservées aux hôpitaux. Dans notre groupe, nous entamons depuis deux ans une nouvelle aventure qui est la création de filières de soins avec une diversification vers les SSR, la médecine et les traitements de certaines maladies chroniques, qui est une prise en charge foncièrement pluri-disciplinaire. Pour ce défi qui me paraît être celui de notre secteur pour les années à venir, nous nous sommes adossés au groupe VEDICI en juillet 2010 avec lequel nous partageons ces valeurs.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Mes principales préoccupations en tant que Président de la FHP Bretagne et dirigeant de Cliniques sont nombreuses en ce moment et se rejoignent. Tout d'abord, notre nombre d'interlocuteurs s'est multiplié avec la création des ARS et je me demande si l'efficacité sera au rendez-vous. D'autre part, la marche forcée pour aboutir au Plan Régional de Santé en décembre 2011, nous oblige à être très vigilants sur la production pléthorique des comptes rendus des COTERS - IPC. Enfin, le couple à la mode au sein des ARS est Partenariat/GCS, autrement dit la mise en place « d'un dispositif coordonné public-privé » qui cache le plus souvent un partenariat perdant/gagnant.

3 QUESTIONS

JEUDI 7 AVRIL 2011



Dr. Brigitte MORINEAUX
Présidente de CME, Clinique Majorelle, Nancy, Groupe Médi-Partenaires [54]

Que représente pour vous la fonction de Présidente de CME ?

Être présidente ou président de CME signifie accorder beaucoup de temps et d'énergie à son travail, être disponible avec des horaires contraignants et non réglés, ce qui, lorsque l'on continue à exercer une activité en libéral est très lourd. J'étais suppléante d'un médecin qui malheureusement nous a quittés en cours de mandat et qui croyait intrinsèquement au rôle majeur de la CME au sein des établissements. En lui succédant, j'ai souhaité poursuivre son action et au fil des mois, les confrères on vu que cela fonctionnait bien avec une femme à la présidence. Aujourd'hui, ils n'hésitent pas à m'envoyer « en mission », et me font confiance pour les représenter. Le poste de présidente de CME m'a beaucoup appris, notamment à m'imposer et à avoir plus de certitudes que de doutes. La transversalité de cette fonction me permet de rencontrer les autres acteurs de l'hospitalisation, les tutelles notamment, ce qui me permet de mieux comprendre et appréhender les problématiques.

Vous êtes de profession médecin-obstétricienne, avez-vous dû faire face à des préjugés au cours de votre carrière ?

Au début de ma carrière j'ai dû faire face à des préjugés misogynes. Lorsque je me suis installée avec une consœur-associée en 1986, nous étions parmi les femmes exerçant cette spécialité les premières à ouvrir un cabinet à Nancy. Nos confrères hommes ont douté du fait que deux jeunes femmes puissent se rendre disponibles en pleine nuit pour des accouchements et puissent conjuguer une vie familiale et une vie professionnelle. Pour nous la question ne s'est même pas posée, à partir du moment où nous nous sommes engagées, nous nous sommes organisées pour que cela marche.

Quel regard portez-vous sur votre profession et sur l'évolution actuelle notamment en obstétrique ?

Je pense que c'est une profession qui est devenue très difficile à exercer car les patients et les professionnels ont tendance à ne plus rien accepter, les risques, les retards, la douleur, etc. Le refus de la prise de risque pousse les médecins à agir autrement et nos pratiques doivent prendre en compte les exigences du patient-consommateur. Mais ce n'est pas un problème spécifique à l'obstétrique, c'est un problème de société. Il nous faut également nous souvenir que la profession d'obstétricien est née il n'y a pas si longtemps du combat de professionnels qui ont vu la nécessité d'en faire une spécialité à part entière. En cela, la « maison de naissance » est pour moi une régression et un affront à tous ceux qui se sont battus pour faire baisser le taux des accidents périnataux, c'est surtout un moyen déguisé de palier aux problèmes de démographie médicale sans régler le problème de fond. Et puis, le jour où un accouchement tourne mal, qui en aura la responsabilité ? L'obstétrique est une profession exigeante, mais qui reste, en ce qui me concerne, gratifiante au quotidien.

3 QUESTIONS



Dr. Laure SCHNEIDER
Présidente de
CME, Clinique
Saint-Joseph,
Angoulême (16)

JEUDI 14 AVRIL 2011

Quelle est votre plus grande source de satisfaction dans le cadre de votre travail au quotidien ?

Une de mes grandes sources de satisfaction est, en qualité de médecin anesthésiste exerçant en libéral depuis 1996 à la Clinique Saint-Joseph, de vivre l'évolution de mon établissement et de me sentir en symbiose avec lui. Cet établissement indépendant est resté une clinique de taille moyenne mais qui a doublé son volume d'activité en 15 ans, notamment grâce à l'ambulatorio et des durées de séjours plus courtes. La direction a toujours su impliquer toutes les équipes au cœur des projets, ce qui nous a permis d'évoluer ensemble. Pour les médecins aussi, la notion de communauté et d'appartenance a de l'importance. Notre équipe d'anesthésistes va d'ailleurs s'étoffer très bientôt et passer à 8 membres, ce qui va nous permettre de pouvoir encore mieux nous organiser pour le bien-être de nos patients.

Que représente pour vous la fonction de Présidente de CME ?

Beaucoup de réunions mais surtout une ouverture vers l'extérieur. Tout un pan de ce qui fait le monde de la santé actuel en France était pour moi quasi inconnu, voire du domaine du symbole. Cette fonction m'a donc forcé à sortir de mon cadre professionnel pour aller à la rencontre des autres acteurs de santé, les tutelles et m'a ouvert les

yeux sur beaucoup de problématiques. Je ne pensais pas me présenter, mais maintenant que j'ai et la casquette et les responsabilités, j'essaie de faire bouger les choses dans le bon sens du terme pour le bien de notre établissement.

Quel regard portez-vous sur votre profession et sur l'évolution actuelle du monde de la santé ?

La désertification médicale est un problème pour tous, patients, tutelles, établissements et professionnels de la santé. Si les médecins acceptent pendant leurs études d'aller dans d'autres régions je ne pense pas par contre qu'on puisse exiger la même flexibilité après. S'installer dans des régions moins prisées doit à mon sens rester un choix personnel et non une contrainte. D'autre part, les médecins sont de plus en plus confrontés à des patients qui sont, grâce à Internet, trop et trop souvent mal informés. Dans le binôme patient-médecin c'est à se demander de qui des deux est l'expert ! L'idée de service rendu au patient se perd au détriment de celle de consommation de soins, ce qui est regrettable.

3 QUESTIONS

JEUDI 21 AVRIL 2011



Dr. Marie-Paule CHARIOT
Présidente de
CME, Médecin
DIM partenaire
du syndicat
FHP-MCQ, Clinique
les Cèdres à
Cornebarrieu
(31)

Que signifie pour vous la présidence d'une commission médicale d'établissement ?

Le rôle primaire de la CME, celui préconisé par les textes, est de participer activement au projet médical d'un établissement pour en aider le développement et la gestion. Il est toutefois fréquent que les directions d'établissements choisissent d'écarter le corps médical des processus décisionnaires et la CME, mise sur la touche, doit se redéfinir. C'est l'expérience que nous vivons. Je respecte le choix de nos administrations, par contre, comme il est impossible pour un président de CME de chapeauter 30 spécialités sans travail collectif, il ne nous est pas possible de travailler correctement à un projet médical d'établissement. Nous avons fait le choix de nous « construire » une vie sociale en dehors des instances officielles et j'ai créé un réseau de médecins inter-établissements de notre groupe au niveau national pour dynamiser et fédérer cette communauté qui est en forte demande de communication.

Sur quels dossiers travaillez-vous actuellement ?

La souffrance au travail, qui est un thème éminemment actuel et qui touche toutes les catégories de personnels dans les établissements de santé, médecins inclus, me préoccupe tout particulièrement. Je mets tout en œuvre pour qu'il y en ait moins dans notre clinique et cela passe pour moi en premier lieu par le dialogue et l'ouverture. Des médecins bien dans leur peau, reconnus pour leurs qualités et leur travail, ne projettent pas d'agressivité résultant de pressions sur les personnels soignants qui à leur tour ne les projettent pas sur les patients. Dans le cadre de la permanence des soins, les statistiques parlent d'une augmentation de 180 % d'agressions envers les médecins, donc

la question est à prendre au sérieux. Je suis également présente au Conseil de l'ordre des médecins de la Haute Garonne et nous militons activement pour réglementer les périodes d'interim, tant au niveau des médecins que des personnels soignants. Les établissements et les patients ont besoin de continuité et les professionnels doivent accepter les contraintes liées à l'exercice de leur profession.

Quels sont les besoins de la profession ?

Pour répondre aux attentes de la population et mettre en œuvre les avancées actuelles en termes de prise en charge, il est clair qu'une réévaluation des tarifs est nécessaire. Les tarifs de prise en charge en ambulatoire, qui ne prévoient pas le remboursement de certains dispositifs comme par exemple les biberons relaxateurs de pression, ne nous permettent pas toujours un retour à domicile rapide avec une continuité des soins. Lorsque le prix du dispositif représente 1/5e du tarif global de prise en charge, c'est tout bonnement impossible. Je suis attristée de ne pas avoir les moyens de ma politique et je pense qu'aujourd'hui, en France, un établissement de devrait pas être en déficit sur les soins. Pour conclure, je dirais qu'en qualité de médecin, notre rôle primaire est de répondre aux attentes des patients en améliorant les modes et techniques de prise en charge tout en réduisant au maximum la souffrance physique et psychique et le temps de prise en charge. L'hospitalisation doit être une parenthèse dans la vie d'une personne, un passage à durée définie sans douleur ni complication.

3 QUESTIONS



Dr. Bénédicte BOUCHOT-HEROUET
Présidente de CME, Clinique Brétéché à Nantes (44)

JEUDI 28 AVRIL 2011

Au cours de toutes vos années d'exercice, quelle est votre plus belle expérience ?

J'opère beaucoup de réductions mammaires et la quasi totalité de mes patientes ont des parcours très difficiles derrière elles. Il y a 5 ans, j'ai décidé d'envoyer un questionnaire à 120 patientes pour en savoir plus sur leurs chemins de vie avant et après l'opération et j'ai reçu 110 réponses en retour ! Les récits étaient poignants et témoignaient d'années de souffrance, d'agressions physiques et verbales, dans la famille, l'entourage. Le message le plus saisissant pour moi a été celui de cette femme qui, pour la première fois a osé, via l'anonymat du questionnaire, parler d'un viol subi dans sa jeunesse. J'ai décidé par la suite de regrouper ces témoignages en une pièce de théâtre, lue, jouée par quatre actrices trois fois en direct puis en vidéo dans divers congrès. Je l'ai conclue par les propos de cette femme : *« Je me sens libérée, je me sens presque vierge, je n'ai plus honte, je suis maître de mon destin ».*

Comment appréhendez-vous votre mission de Présidente de CME ?

Après le rachat de notre clinique par le groupe Védici, j'ai souhaité suivre l'évolution de notre établissement dans cette nouvelle organisation. J'ai également une formation de coach et cela peut me servir dans l'exercice de ce mandat. Je suis également l'une des plus anciennes parmi les médecins ici et cela me permet de mieux comprendre certains conflits « ancestraux ». Notre clinique est largement bénéficiaire et la plupart des praticiens ont beaucoup de travail. J'aimerais en tant que présidente de CME travailler sur deux axes : amener mes collègues vers un mode d'exercice plus serein, débarrassé de pitoyables querelles d'égo, sources de stress pour toutes les équipes et améliorer, voire créer, une véritable communication constructive avec l'équipe administrative afin de transformer notre établissement de taille

modeste en un petit « bijou » dans son fonctionnement (je suis utopiste ...)

Que pensez-vous de la situation de la médecine libérale à l'heure actuelle ?

Tout en étant favorable à une hausse du nombre des femmes médecins dans les établissements, je suis assez critique vis-à-vis de celles qui entament un cursus en médecine mais n'exercent pas par la suite. Etant donné le caractère hyper sélectif du PCEM1, la longueur des études très largement financées par la société, il en va de la responsabilité de chacun d'accepter les contraintes liées à l'engagement du départ. Aussi, je suis favorable à l'instauration d'un service civil « médical » temporaire pour les jeunes médecins dans les zones de désert médical comme cela existe au Canada. Quand à la politique de santé vis-à-vis de la médecine libérale, elle est très ambiguë. Tous les gouvernements rêvent de sa disparition mais sont également conscients que le secteur public ne peut assurer le remplacement total. Le pays a besoin de ses médecins libéraux mais ne leur donne aucun moyen d'exercer leur art sereinement (aucune revalorisation des actes, explosion du coût des assurances en RCP avec absence de plafonnement des indemnités en particulier pour les accoucheurs, judiciarisation avec nécessité d'un coupable, l'aléa thérapeutique n'étant pas budgétisé, contrôles abusifs). D'autre part, si les mutuelles consacraient au moins 50 % de leur budget au lieu des 10 % actuels au remboursement des soins médicaux aux assurés, le maintien du secteur 2 n'entraverait pas l'accessibilité aux soins (à Nantes vous payez moins cher votre place au cinéma si vous êtes aux Mutuelles de Loire Atlantique !) Il est temps d'arrêter de considérer les médecins libéraux comme les boucs émissaires des faillites de notre système de santé et plutôt, par de vrais engagements accompagnés d'actes, les replacer au cœur de notre système de soins

3 QUESTIONS

JEUDI 5 MAI 2011



Daniel MAZEROLLE
 Directeur de la Clinique de Cognac [16], groupe Kapa Santé, membre du CA de la FHP-MCO

Récemment quelle est votre plus belle réussite ?

J'ai été recruté en 2003 pour effectuer le transfert de notre clinique sur un site flambant neuf. L'ARH nous avait confié une mission de service public assez avant-gardiste pour l'époque puisqu'il y en avait seulement 3 en France : une coopération avec l'hôpital public de notre ville assortie d'une répartition des activités, satisfaisante pour les deux parties. La chirurgie a été confiée au privé ; la médecine et la maternité à l'hôpital public. Après une mutualisation des actions avec l'hôpital, nous allons passer en 2012 à une mutualisation des moyens, puisque le futur hôpital est en construction juste à côté de la clinique et une passerelle reliera bientôt les deux établissements. Plusieurs spécialistes exerceront dans les deux structures. C'est une réalisation assez compliquée mais, dans les faits, c'est avant tout une affaire d'hommes, donc de volonté de réalisation commune.

Quel est votre échec le plus cuisant ?

Je suis surtout insatisfait des difficultés que nous rencontrons à récolter les fruits de notre travail quotidien et du peu de reconnaissance des efforts déployés (MIGAC) de la part des pouvoirs publics. De plus, je m'insurge au quotidien du peu de place qu'on nous réserve dans les instances décisionnaires, Conférences de territoires, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), etc... On est loin de pouvoir parler d'harmonie et d'équité. Dans ces conditions, je pense qu'il faut user de toute notre force de persuasion envers nos patients, qui nous connaissent et nous sont fidèles. Communiquer au niveau des établissements, des groupes, du syndicat, se faire connaître, mener des actions exemplaires est à mon sens vital.

Quelle est la question d'actualité qui vous interpelle ?

Le plus grand défi que nous devons relever est celui de la démographie médicale. Les difficultés de recrutement de praticiens dans les villes de moyenne importance, comme à Cognac par exemple, sont inquiétantes, les nouveaux professionnels privilégiant les grands centres pour leur installation. La situation vis à vis des personnels soignants a tendance à se stabiliser avec l'évolution des méthodes de travail et l'ambulatoire mais les problèmes sont cycliques. Nous avons mis en place de nombreuses actions de communication au niveau du groupe, annonces, blogs, etc... qui donnent de bons résultats mais le meilleur vecteur de recrutement est le bouche à oreille via nos praticiens. D'autre part, je pense que le combat privé/public est dépassé, surtout sur les territoires à faible densité de population. Il faut privilégier les coopérations gagnant/gagnant où chacun peut subsister en se spécialisant au maximum sur certaines activités.

3 QUESTIONS



Claudine SILVEIRA

Directrice de la Polyclinique de la Forêt à Fontainebleau (77), Groupe Salvia Santé

JEUDI 12 MAI 2011

Vous avez reçu la visite de Nicolas Sarkozy dans votre établissement jeudi 5 mai, comment s'est-elle passée ?

La préparation de cette visite « inattendue » a été intense mais la visite en elle-même s'est très bien passée. Pour vous donner une idée, nous avons ressenti la même pression que lors d'une visite de certification avec une dimension sécuritaire digne d'un Plan Blanc. La clinique a été investie de vigiles et de gardes du corps et aucune personne non autorisée, personnel comme patient, ne pouvait franchir le seuil de la clinique. L'établissement de la liste d'accréditation n'était pas une mince affaire. M. Sarkozy est arrivé à 10h40 pour une visite rythmée d'une heure qui a démarré par notre maternité suivie des services de chirurgie, pour se terminer par un échange informel animé par le Président avec les médecins, soignants, direction et personnes officielles invitées. Pendant la visite, le bloc opératoire tournait et les consultations externes continuaient. L'ensemble de nos personnels, mais aussi les patients, étaient euphoriques et ravis de le rencontrer et il s'est montré très ouvert et proche des soignants qui, lors des échanges, lui ont parlé de leur profond attachement à leur métier ainsi qu'au projet de rapprochement. Pour eux, cette visite est une reconnaissance de leur investissement quotidien, et de leur volonté de toujours « faire mieux ».

Vous qui avez un projet de coopération avec l'hôpital public de votre ville, que signifie cette visite pour votre établissement ?

Nous sommes la première clinique privée à avoir reçu la visite d'un Président de la République et nous en avons été très honorés. Nous sommes un établissement MCO de proximité qui doit lutter contre la fuite vers Paris. C'est indéniablement ce projet d'établissement porteur qui a

permis cette visite et le choix de notre établissement est un signe fort. Cette visite entérine le caractère innovant du partenariat public-privé que nous avons élaboré avec le CH de Fontainebleau et le CH de Nemours. C'est la reconnaissance de l'ampleur du travail réalisé avec les soignants, médecins et direction pour ce projet, qui a démarré en 2004.

Au-delà, que signifie pour vous ce projet de plateforme hospitalière qui associe les secteurs public et privé ?

Pour moi ce projet ressemble à un mariage de raison, chacun apportant dans la corbeille des mariés des compétences et des moyens qui profiteront à l'autre, mais tout divorce est impossible ! Les blocs opératoires seront installés dans la clinique et les chirurgiens de l'hôpital viendront opérer chez nous dans le cadre d'un GCS de moyens. L'accueil et la sécurité, la maintenance, la stérilisation et la pharmacie seront également communs et gérés dans le cadre de ce GCS. Mis à part des économies d'échelle nous allons pouvoir bénéficier d'adressages de patients « plus lourds » grâce à la réanimation et les urgences partagées de l'hôpital. Le système d'information patient sera mutualisé afin que les données circulent librement entre les trois structures. Pour moi, ce qui ressort de ce projet, c'est que, public ou privé, nous exerçons le même métier, avec des contraintes similaires et surtout l'obligation de recherche de solutions communes, compte-tenu de la pression insupportable de la T2A.

3 QUESTIONS

JEUDI 19 MAI 2011



**Dr. Jean-Luc
BARON**

Chirurgien et président du CNPCMEHP (Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée)

Pertinence des actes, au delà de la polémique où en est-on ?

L'approche par la pertinence des actes, mais aussi du mode de prise en charge est une réponse à une maîtrise médicalisée, préférable en tout état de cause à la maîtrise comptable qu'imposait la réglementation aveugle par les OQOS. Les médecins des établissements de santé privés ne se trouvent pas projetés subitement dans une nouvelle dimension. Il existe déjà des recommandations de bonnes pratiques qui sont développées par les organisations professionnelles des spécialités. La CCAM dans le descriptif du libellé des actes qui a été construit avec les professionnels peut être considéré comme une approche de pertinence des actes (hors considération sur le champ tarifaire qui y est attaché). Bien entendu, dans un contexte où l'on cherche à faire des économies à tout prix, ce processus de régulation peut paraître plus long à produire des effets mais baser un pilotage sur des évaluations et des actions conduites avec la profession, ce qui prendra vraisemblablement une année pleine, donnera des résultats sûrement mieux acceptés et plus durables.

Qui peut/doit définir les critères de pertinence ?

On a défini pour la notion de pertinence, un axe médico-économique. C'est donc à partir d'une demande économique que les professionnels doivent être force de propositions en matière de référentiel. La validation appartient de fait à la HAS. Les médecins libéraux et salariés des établissements de santé privés ne pourront accepter l'opposabilité de référentiels issus unilatéralement d'instances dont la préoccupation est essentiellement économique. Il ne faudrait pas que la pertinence des actes soit un faux-nez d'une efficacité économique pure et dure.

Comment voyez-vous la mise en place de la réglementation autour de la pertinence des actes ?

La réglementation est l'outil opérationnel d'une politique. Elle doit intervenir à mon sens à deux niveaux : dans le cas où les acteurs n'arrivent pas à définir ensemble un projet et dans l'application à la fois de sanctions mais aussi de mesures incitatives qu'il ne faudrait pas oublier. La question du niveau de revenus des médecins est indissociable de l'adhésion au principe de pertinence. Il faudra à l'avenir tenir compte de la valorisation du travail bien fait, à son juste prix et non pas à son prix le plus juste. Ces règles ne peuvent être que l'accompagnement d'un modèle qui aurait quelque part la pertinence d'être consensuel.

3 QUESTIONS

JEUDI 26 MAI 2011

**Dominique PON**

Directeur de la
Clinique Pasteur
à Toulouse (31),
lauréat des
trophées de la
FHP 2011 dans
la catégorie
Ressources
Humaines

En quoi consiste votre démarche ?

Notre établissement est globalement très impliqué dans des démarches de développement durable et nous souhaitons faire plus dans le volet social, notamment en direction de nos personnels soignants. Nous nous sommes donc intéressés au modèle d'établissement attractif ARIQ (Attraction, Rétribution, Implication des infirmières et Qualité des soins) et aux idées managériales et sociétales des hôpitaux « magnétiques », fortement répandus au Canada et en Belgique. ARIQ nous a permis de bénéficier d'un référentiel pré-établi défini autour de trois axes : le sens d'une mission, le support organisationnel apporté par l'institution à ses collaborateurs et la stratégie d'ouverture vers l'extérieur et le concept d'hôpital magnétique nous a permis de traduire dans les faits des concepts managériaux novateurs et bénéfiques pour les personnels soignants.

Comment se traduit cette démarche dans les faits ?

Un hôpital magnétique a pour philosophie de favoriser l'autonomie professionnelle des infirmières avec une gestion des unités décentralisée et une capacité d'innovation encouragée. Nous avons donc en priorité mis en place une hiérarchie plate et un environnement qui cherche à reconnaître le travail de chacun et à responsabiliser les personnels. Porté par la directrice adjointe en charge des ressources humaines, ce projet a démarré il y a plus d'un an. Décloisonner les catégories de professionnels, favoriser les échanges et l'entraide inter-services et avec les médecins a été souhaité en priorité par nos personnels. Nous avons donc tous ensemble élaboré une charte de solidarité qui doit pouvoir contribuer à favoriser le bien-être au travail, la réduction du stress, qui sont au demeurant des sujets d'actualité.

Quels bénéfices en tirez-vous ?

Avant de parler des bénéfices, il faut parler des investissements ! A titre personnel, je m'astreins par exemple à faire le tour de tous les services régulièrement, à rencontrer les équipes même celles de nuit, à avoir un contact direct avec les personnels. L'absentéisme et le turnover sont des problèmes récurrents pour tous les établissements, et chez nous comme ailleurs, la pression tarifaire pèse sur nos marges de manœuvre en matière de politique salariale, et génère un risque social permanent. Aussi, nous souhaitons mettre en place progressivement une démarche « venant du terrain » qui nous pousse à concevoir différemment notre travail de manager et à mettre plus encore de la valeur dans l'humain. Nous sommes convaincus que les bénéfices seront visibles sur le long terme, et nous espérons aussi à plus courte échéance une amélioration de la qualité de vie de nos soignants, de leur santé. Comme n'importe quel établissement, nous sommes fragiles, et il faut rester très humble quand on parle de résultat dans le domaine social. Mais je crois qu'il faut aussi savoir se donner une ambition. La nôtre est de souhaiter des équipes heureuses, soudées et disponibles pour les patients et qui nous resteront fidèles

3 QUESTIONS

VENDREDI 3 JUIN 2011



Michel ARNAUD

Directeur du Centre d'Hémodialyse des Alpes à Manosque (04), groupe B. Braun, Avitum, membre du groupe de travail FHP-MCO sur la télé-médecine.

Quelles sont d'après-vous les plus grandes avancées dans la prise en charge de l'insuffisance rénale ces 10 dernières années ?

De manière générale sur le plan technique, la grande avancée a été l'évolution des plateaux de soins au regard des évolutions réglementaires de 2002 apportant une restructuration importante des structures de prise en charge des patients dialysés. Au niveau médical, le développement de l'hémodiafiltration on line est une avancée notable, tout comme le renforcement de la sécurité et la qualité de la séance de dialyse par les mesures on line (dose de dialyse avec Adiméa, mesure du KT/V, mesure de la volémie, mesure de l'urée etc.).

En tant que directeur de centre de dialyse qui rencontre et côtoie les patients sur le long terme, je témoigne que l'avancée s'est faite aussi dans la valorisation et la professionnalisation de l'éducation thérapeutique du patient. L'éducation thérapeutique du patient dialysé est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie de malade chronique. L'éducation thérapeutique fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient dans nos établissements. La mise en place de cette démarche a été plébiscitée par les soignants, très attachés aux patients qu'ils suivent parfois depuis des dizaines d'années.

Quelles innovations peut-on attendre à l'avenir ?

C'est indéniablement le développement d'une interface globale des données médicales et biologiques reliées à celles du générateur afin de sécuriser et d'informatiser totalement le dossier patient. A mon niveau je me suis impliqué sur l'aspect télé-médecine car c'est une innovation qui peut permettre de sécuriser la prise en charge de patients demeurant dans des zones géographiques éloignées des centres ou isolées en périodes d'intempéries. Notre département alpin en est un

parfait exemple. Le lien entre le centre et le patient doit cependant rester très fort et harmonieux. C'est un chantier encore en développement car il n'est pas facile à mettre en place avec une population vieillissante et des inégalités régionales importantes. Dans le cadre du groupe de travail FHP sur la télé-médecine, nous travaillons sur l'élaboration d'un cahier des charges qui permettra aux porteurs de projets de disposer d'un outil complet et facilement utilisable pour mener à bien leur démarche. La mutualisation des expériences régionales, voire locales au sein de ce groupe de travail et l'esprit pragmatique impulsé par le docteur Dominique Poels, coordinateur de la commission FHP télé-médecine, sont des atouts pour aider les établissements privés dans les relations à conduire avec les ARS et les établissements publics.

Quelle est et sera la place du secteur privé dans cette prise en charge ?

Le secteur privé est porteur d'idées et souhaite pouvoir toujours répondre présent à l'évolution de la prise en charge des patients insuffisants rénaux. Cependant, il faut reconnaître qu'il est de plus en plus difficile de monter des projets innovants pour nos patients avec le peu de reconnaissance et de moyens économiques dont nous disposons. Je suis assez inquiet de la baisse du prix de la journée en centre que nous subissons alors que la tendance est l'arrivée de patients plus âgés, présentant de lourdes pathologies associées et parfois atteints de troubles du comportement. Cette réalité de terrain nécessite une prise en charge renforcée.

3 QUESTIONS

JEUDI 9 JUIN 2011



Dr. Paul GARASSUS,
Président
du Conseil
scientifique du
Baqimehp, Vice-
président de la
Société française
en économie de
la santé

Qu'est-ce que le P4P ?

C'est un acronyme qui signifie payment for performance. C'est un outil qui permet de définir des critères qualité pour une meilleure allocation de ressources hospitalières, au bénéfice du patient. Ce mode de rémunération a été mis à l'épreuve aux USA depuis dix ans mais a déjà montré ses limites. Une de ses principales critiques est que ce programme se base uniquement sur des grilles de process et des bonnes pratiques mais offre en fait une vision trop théorique. Il manque à l'évidence l'évaluation des résultats. Le P4P est donc quasi « mort avant d'arriver chez nous » d'où la nécessité de passer à l'étape suivante - le P4O (payment for outcome [résultats]) - qui lui se base sur les résultats. Rapporté au système français, le P4O reviendrait à optimiser le financement actuel par GHM en ajoutant des critères de qualité/résultats rémunérant les établissements. On valoriserait ainsi au travers de financement la qualité des prises en charge. Le P4O se met actuellement en place dans le Maryland (USA) avec des indicateurs de résultats pondérés en fonction de la lourdeur des pathologies traitées. Cela nécessite une préparation attentive du modèle et une méthodologie partagée en amont, concernant la définition de critères statistiques homogènes et transparents.

Quels sont les avantages et les inconvénients d'une évolution du financement en fonction de la qualité et des résultats ?

Il permet au payeur d'optimiser ses allocations financières en direction de la qualité du résultat obtenu. Quant aux établissements, ils ont une incitation financière significative à leur engagement en faveur de la qualité des soins. Maintenant il faut que l'application pratique de ces principes soit réellement incitative et récompense les efforts fournis. Si les « bonus » qualitatifs étaient trop faibles ou mal répartis, les efforts managériaux déployés dans les établissements

seraient alors inopérants. Cette démarche doit exercer une pression positive mixte, qualité mais aussi financement. Le P4O est un outil qui permet aux établissements de se positionner par rapport à des valeurs cibles moyennes réalistes, atteignables dans un benchmarking positif.

Y a-t-il urgence à mettre en place cet outil ?

Nous sommes en retard car d'autres pays comme l'Italie et l'Espagne, l'Allemagne actuellement, développent des outils de type P4O. La mise en place des réformes de paiement à l'activité (comme la T2A en France) est toujours un parcours complexe mais ce n'est qu'une étape dans le processus de réformes du financement hospitalier. Cette idée exprime une vraie volonté politique permettant d'optimiser les dépenses de santé pour une meilleure qualité de prestation. D'autre part, nous disposons d'indicateurs au niveau international qui montrent bien les avantages qui peuvent en découler. Actuellement en France, les tutelles et les décideurs se préparent à amorcer des travaux méthodologiques pour un passage à la rémunération à la qualité. La FHP avec le Baqimehp ont déjà commencé à réaliser des évaluations complémentaires. Les établissements doivent se préparer aux changements méthodologiques mais il faut rester très prudent quant aux modalités tarifaires qui vont en découler. Les dirigeants auront besoin de l'adhésion de l'ensemble des équipes médicales, partenaires dans la culture du résultat, pour se positionner et optimiser les recettes dans le cadre de ce benchmarking positif. De ce point de vue, les établissements privés sauront très certainement s'adapter car ils sont partenaires de cette culture qualité et comprendront rapidement l'intérêt d'anticiper cette réforme à venir. Des efforts qualitatifs doivent en effet réellement induire une amélioration significative des recettes. C'est tout l'enjeu du P4O pour lequel nous allons nous préparer.

3 QUESTIONS

JEUDI 16 JUIN 2011

Dans la continuité de la journée nationale de l'alimentation à l'hôpital, nous avons donné la parole aux trois prestataires en restauration de nos établissements de santé

« L'alimentation est-elle un soin à part entière ? Si oui, comment vous intégrez-vous dans cette démarche ? »

SODEXO

Si le rôle de l'alimentation peut varier selon la définition accordée au soin, l'alimentation en tant que source d'apports nutritionnels est plus qu'un élément complémentaire du soin : en ayant un impact sur la santé elle représente une composante à part entière de la démarche de soins. Sodexo, au travers de la sélection des aliments, la conception des menus par des diététiciens nutritionnistes ou encore une présentation spécifique pour donner envie de manger, participe donc à l'amélioration du fonctionnement du corps des patients. Aujourd'hui, parce qu'au-delà du cadre hospitalier le rôle joué par la nutrition comme facteur de prévention des maladies les plus répandues est de mieux en mieux compris (maladies cardiovasculaires, obésité, diabète), Sodexo s'engage pour la santé et le bien-être de ses consommateurs.

AVENANCE SANTÉ - ELIOR

Pour Avenance Santé, être spécialiste de la restauration en établissements de santé exige de développer en permanence des offres adaptées aux

patients des différents services des établissements de santé pour les aider à se rétablir au mieux. Nous sommes convaincus qu'un repas adapté aux goûts et aux besoins des convives constitue un facteur essentiel de santé au quotidien. Ainsi, toutes nos offres placent la nutrition au cœur du processus de soin individuel : « Itinéraire du patient » un programme de repas adapté à l'intervention et à la situation de chaque patient en MCO, Carte Fraîcheur, une offre à la carte qui s'adapte aux appétits et aux tolérances des patients atteints d'un cancer, Rest'O Bulle, une prestation ambulatoire qui apporte réconfort et énergie

MEDIREST

Pour Medirest, la prise du repas en univers de santé est indissociable du soin, elle participe à l'acte thérapeutique et constitue un retour à la normalité, aussi nos équipes sont formées à la fois sur la présentation du plateau et le coté esthétique et soigné des prestations dans l'assiette, mais également à la saveur des plats proposés et l'équilibre du menu. Avec notre concept « Ô bien-être », nous allons plus loin que l'assiette du patient, nous lui laissons le choix de son menu en lui présentant une carte comme au restaurant et nous nous attachons à développer la dimension hôtelière du service pour que ce séjour soit le plus humanisé et le plus aisé à vivre. Des moments de la vie où les équipes de Medirest accompagnent avec la plus grande douceur les patients hospitalisés.



3 QUESTIONS

JEUDI 23 JUIN 2011



Gérard ANGOTTI
 Directeur de la
 Clinique Esquirol
 – Saint Hilaire
 à Agen (47),
 membre du CA
 FHP-MCO

Vous intervenez à la journée d'information FHP le 28 juin sur le Système d'information hospitalier (SIH), quels sont pour vous les principaux enjeux ?

Aujourd'hui l'Assurance Maladie, les ARS et l'ATIH sont en capacité d'analyser les résultats des établissements hospitaliers au travers du PMSI et des informations transmises par les praticiens. Ils savent exactement ce que nous faisons, la manière dont nous travaillons, notre niveau de qualité et nos résultats. Ils comparent nos activités et nos chiffres d'affaires et modulent les tarifs qu'ils nous imposent en fonction de ce qu'ils pensent être le tarif moyen ! Les cliniques par contre ne disposent pas des mêmes niveaux d'information et d'analyse. Il nous est très difficile, voire impossible, de contrer leurs constats. Pourtant, grâce aux nouvelles codifications, nous pourrions prouver que nous traitons les mêmes malades lourds que l'hôpital public, à des coûts nettement inférieurs, honoraires et dépassements d'honoraires compris. Pour répondre à ces questions, il nous faut donc améliorer nos Systèmes d'information, et ce, d'autant plus qu'il nous faut 'tracer' toutes nos activités et en justifier, sans conteste possible, la réalisation.

Votre établissement a mis en place depuis 5 ans un Système d'information de santé. Dans quels objectifs ?

Le but premier d'un Système d'information intégrant un système complet de production des données, est de permettre d'améliorer la qualité des soins due à nos patients. Les traitements seront d'autant plus sécurisés qu'ils seront l'objet de contrôles accrus des prescriptions, de la compatibilité des médicaments prescrits et de la cohérence des différents traitements et soins. Le deuxième objectif est de permettre aux différents acteurs de l'établissement, médecins et personnels soignants, de mieux communiquer, de connaître en temps réel l'évolution de l'état d'un

malade, de mieux assurer les transmissions sans double saisie.....et ainsi d'exercer dans une plus grande sécurité. L'informatisation du dossier du patient évite les pertes de temps, nombreuses dans une grande organisation, et accroît ainsi notre réactivité. Enfin, un bon système d'information doit être capable de centraliser toutes les informations concernant un malade pour ensuite pouvoir les transférer dans le cadre des nouvelles règles du DMP.

Quels sont les principaux écueils dans la mise en place d'un Système d'information ?

Ils sont essentiellement d'ordre financier, technique et humains. Au niveau financier, la mise en place d'un tel système est honoreuse et quelques subventions parcimonieuses ne couvriront jamais les frais engagés, même si l'on est en droit d'écouter un retour sur investissement sur le moyen terme. Les difficultés techniques proviennent de la complexité du fonctionnement d'une clinique : il faut en effet faire communiquer entre eux les SIH déjà existants, le progiciel de gestion de la clinique et les divers logiciels des cabinets de médecins qui y exercent. L'ensemble doit ensuite être intégré, en temps réel, au système d'information gérant le dossier du patient. Actuellement nous achevons la mise en œuvre du dossier patient partagé qui est capable de dialoguer avec tous les logiciels des praticiens à condition que leurs éditeurs acceptent de réaliser les interfaces nécessaires. Il est nécessaire que les logiciels soit intuitifs et ludiques, que le temps de formation soit très court et que l'informatique devienne mobile pour suivre le médecin ou l'infirmière. Pour que tout cela fonctionne, il faut que l'ensemble des acteurs accepte de se soumettre à la rigueur de l'informatique ! La récompense est au bout du chemin : en maîtrisant mieux le parcours de soins et la coordination des acteurs, nous soignerons mieux nos patients.

3 QUESTIONS

JEUDI 30 JUIN 2011



Dr. Dominique POELS
 Directeur de la Clinique de l'Europe à Rouen (76), membre du bureau FHP-MCO et pilote de la commission Télé-médecine de la FHP-MCO

Vous faites partie de ceux qui ont souhaité que le syndicat dispose d'un journal en direction des praticiens, pourquoi ?

La raison principale est que les établissements privés et les médecins doivent travailler main dans la main et qu'une coopération réussie passe avant tout par une compréhension mutuelle et une politique d'information active. Ce journal en direction des médecins aura une fonction « didactique » et traitera tous les deux mois de dossiers qui touchent et les établissements et les médecins, qui, dans les faits sont davantage informés par la presse grand public que par les journaux spécialisés. Il doit être à la fois informatif, mettre en avant l'excellence de notre secteur et surtout donner envie aux jeunes diplômés de travailler dans le privé.

Nos établissements connaissent des problèmes rencontrés par les médecins. L'inverse semble moins vrai. Selon vous pourquoi ?

Il a 20 ans, 95 % des cliniques appartenaient à des médecins, gérants de leur outil de travail. Aujourd'hui ces médecins ne connaissent plus vraiment les problèmes que rencontre l'hospitalisation privée, les tenants et les aboutissants, ce qui est compréhensible au vu des restructurations qu'a connues notre secteur avec l'arrivée des groupes. Les médecins ne sont pas des experts de la législation et des textes de loi et sont d'ailleurs peu syndicalisés. Beaucoup ignorent par exemple que les praticiens exerçant dans le privé peuvent être salariés et que ceux qui travaillent dans le secteur public ont besoin de l'accord de leur administration pour exercer en libéral. Que connaissent-ils de la T2A,

des nouvelles législations autour des autorisations ? Comme les réformes se font sans eux, un tel état de fait est tout à fait compréhensible.

Des aspirations croissantes pèsent sur les épaules des présidences de CME. Comment optimiser la place des médecins au sein des différentes commissions et faire en sorte qu'elles soient ou restent des espaces dynamiques où praticiens et établissements se rejoignent ?

Il est vrai que les instances, comme la CME, qui requièrent la participation active des médecins marchent plus ou moins bien dans le privé. Ce sont des activités non rémunérées, contrairement au secteur public, qui prennent beaucoup de temps pour les médecins et leurs équipes. Le taux d'implication d'un médecin est très lié à la personne qui s'en occupe et à ses intérêts personnels. Ce n'est pas un métier en soi mais plutôt un don de soi. Dans un contexte de démographie médicale tendu, il est important de motiver nos médecins à investir du temps et de l'énergie dans les instances et commissions d'établissements à travers une politique de communication dynamique et incitative.

3 QUESTIONS



Olivier TOMA
Créateur de
l'Agence
Primum-
Non-Nocere

JEUDI 7 JUILLET 2011

47 départements étaient en alerte sécheresse au mois de mai, dans quelle mesure le secteur hospitalier doit-il se sentir concerné ?

La population mondiale avec 6 milliards d'habitants a triplé en un siècle et plus d'un milliard d'habitants n'ont pas accès à l'eau potable. Un Français consomme en moyenne 120 litres par jour et un patient en centre hospitalier entre 250 et 750 litres (hors dialyse). Ces chiffres parlent pour eux-mêmes. Oui un centre hospitalier qui consomme entre 40 000 et 110 000 litres d'eau en moyenne par jour est « hydrovore » et doit tout mettre en œuvre pour consommer moins.

Quelles sont les solutions possibles ?

Se doter d'outils techniques, installer des sous-compteurs pour d'une part localiser les équipements ou activités qui consomment beaucoup d'eau (autoclaves, cuisines, robinets, douches, chasses d'eau, etc...) et s'appuyer sur des indicateurs fiables pour réaliser des économies. 20 à 30 % d'économies sont potentiellement réalisables rien qu'en faisant appel à ces deux outils. D'autre part, les établissements peuvent revoir leur politique d'achat et penser « coût global », ce que beaucoup font déjà. Il est préférable d'inclure la consommation en eau dans le prix de revient d'un équipement, et ce, sur la durée de vie de celui-ci. Par exemple un autoclave peut consommer de 900 à 2 600 litres par cycle, multiplié par plusieurs cycles par jour, les économies en eau par appareil peuvent être substantielles sur plusieurs années. Certains établissements font aussi preuve d'ingéniosité et optent pour la « chasse au gaspi ». Il est systématiquement demandé aux

patients à leur sortie s'ils ont identifié une fuite d'eau lors de leur séjour. Certains hôpitaux et cliniques ont ainsi pu enrayer 4 à 5 fuites par semaines ! Il faut travailler sur les comportements et mettre en place des attitudes attentives de la part des personnels et des patients.

Est-ce que la « chasse au gaspi » est la seule solution ?

C'est la première solution mais pas la seule, il faut bien évidemment aller plus loin. Chaque acte devrait être assujéti à un affichage environnemental de manière à ce que les établissements puissent aborder leur activité en fonction des incidences environnementales de ces actes, dont la consommation d'eau. Cela leur permettrait par exemple de mettre en place les moyens nécessaires pour un meilleur traitement des effluents liquides qu'ils génèrent. On peut aussi aller plus loin et repenser les pratiques de récupération des eaux osmosées et celles de pluie. Le Grenelle 2 prévoit d'ailleurs des taxes sur la non-récupération des eaux de pluie ! Enfin il faudrait qu'il soit davantage investi dans la recherche et le développement parce que la problématique de l'eau va bien au-delà de la seule question de la consommation des établissements hospitaliers.

JEUDI 14 JUILLET 2011

**Dr. Catherine
GUICHARD**

Adjointe au chef
de l'Unité Alertes
et Réponses au
Département
des Urgences
Sanitaires et
Hélène CAPLAT,
Conseillère
technique de
l'Unité Alertes
et Réponses à
la DGS

Historiquement, quels événements ont conduit à la naissance du plan canicule ?

Tout le monde se souvient de la canicule de 2003, révélatrice d'une crise exceptionnelle et sans précédent due à la durée et aux températures élevées, en particulier la nuit. En effet, le niveau élevé des températures nocturnes a accentué la fatigue des organismes et a joué un rôle important dans les conséquences sanitaires de cette période. Cette vague de fortes chaleurs a eu des retentissements extrêmes en termes de morbidité et de mortalité avec 15 000 décès au total. Les autorités sanitaires ont alors mené une réflexion de fond afin d'identifier les lacunes du système de surveillance et de gestion et de faire évoluer les dispositifs existants. Le premier plan canicule a vu le jour en 2004 et il est revu et adapté si nécessaire annuellement. La vague de chaleur de 2006 a démontré l'utilité et l'efficacité d'un tel plan avec un excès de mortalité observé trois fois moins important que celui attendu (2 000 décès au lieu des 6 500 attendus d'après les modélisations).

En quoi consiste ce plan ?

Le plan canicule qui comprend trois niveaux est basé sur la prévention en amont et la gestion en aval des effets sanitaires d'une vague de fortes chaleurs. Il repose sur un réseau solidaire et professionnalisé qui mobilise des acteurs de terrain, les établissements de santé, les services d'urgences, les établissements pour hébergement des personnes âgées (EHPA), les collectivités locales avec par exemple la mise en place de registres communaux visant à identifier et aider si nécessaire les personnes à risques isolées, etc. ainsi que le niveau national (ministère chargé de la santé, ministère chargé de l'intérieur, ministère chargé de la cohésion sociale, InVS, Météo-France.). C'est un système efficace mais surtout évolutif qui a su prendre en compte les mutations organisationnelles de notre pays induites par la mise en place des agences régionales de santé (ARS) et par la réforme de l'administration territoriale de l'État (RéATE), ainsi que les avancées de terrain en termes de collecte d'informations.

Quelles contributions doivent ou peuvent apporter les établissements de santé en cas d'alerte canicule ?

Les établissements de santé publics et privés, ceux accueillant des urgences, les EHPA sont bien évidemment inclus dans le dispositif d'alerte et tenus de prendre des mesures organisationnelles pour assurer notamment la permanence des soins en période caniculaire. Le plan canicule s'appuie sur un réseau de surveillance et d'alerte organisé depuis 2004 par l'institut de veille sanitaire (InVS) en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) (système de surveillance Sursaud®) qui permet de dresser un portrait de la situation sanitaire très rapidement. En 2011, les indicateurs sanitaires de suivi sont les passages dans les services d'urgences (personnes de plus de 75 ans, pathologies liées à la chaleur), les interventions de SOS médecins, le nombre de décès remonté par les services d'État-civil des communes informatisées à l'Insee. Des remontées d'informations hebdomadaires aux ARS puis synthétisées par la DGS permettant de suivre l'état de l'offre de soin et les phénomènes de tension sont également opérationnelles depuis 2009. Les directeurs d'établissements sont informés et savent quelles mesures prendre en cas d'alerte et peuvent décider du déclenchement du plan blanc de l'établissement. On remarque sur le terrain que tous les acteurs travaillent en bonne coopération dans un souci d'efficacité. En l'absence d'épisode majeur de canicule depuis juillet dernier et d'août 2009, nous ne pouvons qu'encourager les directeurs d'établissements à rester mobilisés et régulièrement sensibiliser les personnels sur les mesures et gestes à adopter en cas d'alerte pour assurer efficacement la prévention et la gestion sanitaire de la période estivale.

Pour en savoir plus :

www.sante.gouv.fr/canicule-et-chaleurs-extremes.html

3 QUESTIONS



**Jean-René
LEGENDRE**
Directeur des
ressources
humaines du
groupe Médi-
Partenaires

JEUDI 21 JUILLET 2011

Le planning des congés estivaux des personnels : la quadrature du cercle pour un DRH ?

La période estivale est un temps de l'année où comme toujours les absences des personnels doivent être organisées, avec cependant l'avantage de pouvoir les programmer à l'avance. Ceci ne résout pas le problème de fond, ces difficultés n'étant pas nécessairement saisonnières mais plutôt d'ordre structurel. Notre secteur d'activité subit une pénurie du personnel soignant dans son ensemble. En France seules deux régions sont excédentaires en termes de formation de personnel infirmier. Cette pénurie s'explique notamment par l'insuffisance des quotas et par la place qu'a pris dans notre secteur le « 3^e employeur » : les sociétés d'interim. Le personnel soignant choisit l'intérim pour sa souplesse, les établissements apprécient également le service rendu par l'intérim pour pourvoir immédiatement les postes vacants. Ils le payent néanmoins cher, tant financièrement qu'en termes de service.

Quelle est votre marge de manoeuvre pour pallier ces pénuries ?

Notre marge de manœuvre est celle que nous autorise la législation. En effet, on ne jongle pas avec les normes, et, au delà, on ne jongle pas avec la sécurité du patient et des personnels. Assurer la sécurité et la prise en charge optimale du patient est notre obligation principale. Pour pallier cette pénurie, nous avons expérimenté différentes solutions – venue d'infirmières d'autres pays de l'Union européenne par exemple- qui ne se sont pas révélées être pérennes pour

nous. Actuellement, nous essayons de mettre en place avec nos partenaires sociaux des modèles de travail mieux adaptés aux transformations de l'offre de soins.

Quels sont-ils ?

Une part toujours plus importante de chirurgie ambulatoire nous a permis de réorganiser des services. Nous avons également mis en place lorsque l'activité s'y prête un nouveau type d'hospitalisation - à la semaine - avec une fermeture du service le week-end, ce qui permet également une gestion plus efficiente des effectifs. Globalement nous réfléchissons aux moyens possibles à notre disposition pour rendre nos établissements plus attractifs, mieux adaptés aux nouvelles générations de personnels soignants, aussi appelées « générations Y » qui privilégient les postes aux conditions de travail moins contraignantes, avec des plannings mieux adaptés aux situations familiales, etc... Nous venons de lancer une étude complète dans le groupe sur le thème des risques psychosociaux et nous espérons récolter davantage d'informations et de pistes pour mieux nous y adapter. Enfin nous lançons régulièrement des campagnes d'information et de communication auprès des écoles d'infirmières.

3 QUESTIONS

JEUDI 28 JUILLET 2011

Michèle CREQUET

Directrice
du Centre
d'Hémodialyse
Riviera à Antibes
(06), groupe
BBRAUN Avitum

Quelle est la particularité de votre centre d'hémodialyse ?

Le centre d'Hémodialyse Riviera a la particularité d'avoir été créé en 1987 pour accueillir uniquement des patients vacanciers et a évolué en 2010 grâce au groupe BBRAUN Avitum et sous l'impulsion de l'ARS Paca dans le cadre d'un partenariat public (Hôpital la Fontonne d'Antibes), privé et associatif (AGAHTIR) en un centre de proximité pour les Antibois construit sur le site de l'hôpital. Nous accueillons au côté de notre patientèle locale quelque 400 patients vacanciers par an, dont le séjour peut varier d'une séance à une semaine voire plusieurs mois pour ceux qui possèdent une résidence secondaire dans la région. Nous sommes spécialisés dans ce type de prise en charge depuis plus de 20 ans et essayons de proposer un service adapté aux nombreux patients qui n'osent pas se déplacer par peur de ne pas retrouver la qualité de prise en charge dont ils bénéficient habituellement.

Quelles sont les contraintes pour ces patients ?

Partir en vacances alors que l'on doit être dialysé trois fois par semaine demande une préparation détaillée en amont avec la sélection d'un centre et la planification des séances, avant même de pouvoir réserver l'hébergement et le moyen de transport. Nous sommes en contact avec les équipes néphrologiques de chaque patient qui nous renseignent sur leur état et nous permettent d'orienter la prise en charge de chacun en centre ou en Unité de dialyse médicalisée selon leur typologie. Le centre de dialyse accompagne à tout moment les patients dans leur démarche, les oriente. Nous sommes également en contact avec les associations de patients telles que REIN ECHOS et la FNAIR qui a créé une association (IDD) spécialisée

dans l'organisation de voyages pour les insuffisants rénaux en France et à l'étranger. Nous accueillons environ 18 % de patients vacanciers étrangers, pour la plupart des pays européens mais aussi de Russie, Chine, Japon, USA.

Comment parvenez-vous à adapter votre offre à la demande et aux exigences de cette patientèle particulière ?

Pour renforcer notre équipe en place lors des périodes de vacances nous avons recours au recrutement d'infirmières spécialisées en hémodialyse pour la saison d'été, souvent en provenance de la région parisienne, et désireuses de travailler 4 à 5 mois par an dans le sud, à qui nous proposons l'hébergement. Nous adaptons d'autre part nos plannings de patients à la demande en proposant des séances en soirée. La langue officielle utilisée avec la patientèle étrangère est l'anglais mais il n'est pas rare que des patients viennent avec des interprètes lorsqu'ils se déplacent dans le cadre d'un voyage organisé. Les retours que nous avons sont très positifs et nous avons des patients fidèles que nous suivons par intermittence sur plusieurs années. Le centre de dialyse est presque une seconde famille pour un insuffisant rénal et nous nous efforçons de leur offrir le meilleur environnement possible dans un climat de confiance.

3 QUESTIONS

JEUDI 1^{ER} SEPTEMBRE 2011

Charlotte BOUVARD
Fondatrice et
directrice salariée
de l'association
SOS Prema.

Aujourd'hui quelle est la place de l'usager dans l'organisation sanitaire territoriale et en particulier dans les établissements ?

De mon point de vue, la situation va en s'améliorant. Cette démarche participative, de collaboration, est d'ailleurs absolument nécessaire et tous les acteurs du système de santé en sont conscients. SOS Préma, agréée association d'usagers au niveau national par le Ministère de la santé représente les parents de prématurés au sein de certains réseaux de périnatalité et dans certains conseils d'administration des hôpitaux. Comme aujourd'hui les acteurs d'un sujet sont davantage pris en compte dans l'organisation sanitaire, nous entendons bien continuer à assumer pleinement ce rôle tant au niveau des réseaux de périnatalité, des établissements qui nous sollicitent, que des pouvoirs publics.

Quelles avancées avez-vous déjà obtenues auprès des pouvoirs publics ?

L'une des premières victoires de l'association a été la loi votée en 2006 sur l'allongement du congé maternité pour les mamans de prématurés ayant accouché avant la 35^e semaine. SOS Prema avait présenté en 2005 un projet d'amendement au ministre en charge de la Sécurité sociale. Nous sommes également à l'origine de la charte sur la parentalité en entreprise qui a vu le jour en 2008 - actuellement plus de 200 signataires - dans laquelle les entreprises s'engagent à aider leurs employés à pouvoir mieux concilier leur vie professionnelle et familiale. La sensibilisation des pouvoirs publics fait partie de nos quatre grands axes d'actions avec l'accompagnement des parents, le dialogue avec les équipes médicales et la prévention.

Le représentant des usagers est-il moteur d'actions de prévention ? Est-ce que votre rôle en tant qu'association est de faire que le citoyen ne devienne jamais patient ?

La prévention et la sensibilisation font partie des activités transversales importantes de l'association : prévention pendant la grossesse, dialogue avec les futurs parents, dialogue avec les professionnels de santé, organisation de journées nationales, de colloques, etc. Notre dernière journée de sensibilisation sur les vécus des parents de prématurés, avec la représentation de plus de 70 établissements hospitaliers et la présence de plus de 300 professionnels, montre que le sujet interpelle et mobilise de plus en plus. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : avec 8 % de naissances prématurées en France, chiffre constamment en hausse depuis 1995, il est urgent d'accroître nos actions de prévention.

3 QUESTIONS

JEUDI 8 SEPTEMBRE 2011



Paulette LE LANN
Présidente de
la Fédération
JALMALV
(Jusqu'à la mort,
accompagner
la vie)

Quelle est la mission de JALMALV ?

Nous nous inscrivons dans un mouvement né il y a près de 30 ans, en réaction aux conditions inhumaines de fin de vie dans les hôpitaux. Dans les années 60, avec le développement de la réanimation et les formidables avancées de la technique médicale, certains médecins entretenaient presque l'illusion qu'on pouvait guérir de la mort. On a commencé à parler d'acharnement thérapeutique. Parallèlement, le lieu de la fin de vie s'est déplacé progressivement vers l'hôpital. La mort est alors devenue synonyme d'échec, d'anomalie, un sujet tabou. JALMALV a été fondée dans ce contexte, par une petite poignée de personnes regroupées à Grenoble autour du Pr. René Schaerer, professeur de cancérologie, pour revendiquer des conditions plus humaines en fin de vie « ce n'est pas parce qu'on ne peut pas guérir qu'il ne faut pas soulager toujours et accompagner jusqu'au bout ». Pour nous, une personne en fin de vie reste une personne vivante et il faut tout faire pour qu'elle puisse exprimer ses choix et vivre dans les meilleures conditions jusqu'à son dernier souffle.

Quel est votre rôle au sein des hôpitaux et quels sont vos rapports avec les représentants des usagers ?

La maladie est l'affaire des professionnels de santé ; la mort, elle, est l'affaire de tous. Ainsi, en France, plus de 5 000 bénévoles d'accompagnement, dont un tiers pour JALMALV, interviennent au nom de la société civile, auprès des personnes malades et de leurs proches pour leur offrir présence et écoute. Nous sommes ouverts à tous et non confessionnels. La loi du 9 juin 1999 qui pose le cadre juridique des soins palliatifs, officialise et définit, dans son article 10, le rôle des bénévoles d'accompagnement. Cette loi reconnaît ainsi la pleine et entière responsabilité de la société dans le prendre soin des

personnes malades jusqu'à leur mort. Le partenariat avec des bénévoles sélectionnés, formés et encadrés par les associations d'accompagnement constituent indéniablement un atout dans le prendre soin.

Qui sont vos bénévoles et comment les bénévoles sont-ils accueillis dans les hôpitaux ?

Les bénévoles sont majoritairement des femmes, le plus souvent d'âge mur, avec une vie familiale riche et qui se mobilisent dans ce bénévolat par souci des autres, avec le projet de développer une société plus humaine et plus solidaire. La loi précise les conditions d'intervention des bénévoles d'accompagnement en établissement et les liens avec les professionnels de santé. Ce n'est pas toujours facile pour les équipes hospitalières de voir débarquer des bénévoles d'accompagnement. Le partenariat ne se décrète pas, il exige un véritable apprivoisement réciproque. Il faut faire un pas les uns vers les autres, il faut du temps, de la communication pour mieux se connaître et se reconnaître. A ce prix, une vraie complémentarité peut se mettre en place, au bénéfice des personnes accompagnées ! Notre engagement en tant que bénévole d'accompagnement prend alors tout son sens !

3 QUESTIONS



Jean-Paul WAGNER
Président de l'association FFGP (Fédération française des groupements de parkinsoniens)

JEUDI 15 SEPTEMBRE 2011

La maladie de Parkinson, la plus oubliée des grandes maladies, va bientôt avoir son plan interministériel. Que cela veut-il dire pour vous ?

L'ensemble des associations actives autour de la maladie de Parkinson se sont énormément démenées pour que naisse le plan interministériel Parkinson, annoncé par Xavier Bertrand le 11 juillet 2011. C'est déjà un grand pas en avant pour tous ceux atteints de cette pathologie et pour nous associations qui étions regroupées sous un collectif Parkinson. Celui-ci a élaboré un Livre blanc en avril 2010 remis à Madame BACHELOT. Contrairement à ce que l'on peut penser, les malades de Parkinson sont très souvent désinformés et sont souvent mal pris en charge. Ce plan aura l'avantage d'appréhender la maladie sous toutes ses facettes : médicale, recherche, sociale et sociétale.

Quelles sont les principales missions de votre association ?

Nouveau président depuis fin mai 2011 je souhaite que la FFGP soit classée au deuxième rang derrière France Parkinson. Via un réseau d'associations présentes dans la plupart des régions françaises, y compris la Corse, notre principal objectif est améliorer la qualité de la vie quotidienne du malade atteint par Parkinson sans oublier les soignants et autres professionnels de santé. Le principal ennemi d'un malade de Parkinson est l'isolement, aussi, nous souhaitons être présents auprès de chaque malade de manière à ce qu'il soit soutenu. L'éducation thérapeutique est une nouvelle mission car Parkinson est une maladie incurable que les patients doivent gérer au quotidien. Nos missions connexes sont l'enseignement,

notamment à l'IFSI où j'interviens personnellement et notre présence active à toutes les instances auxquelles nous sommes sollicités : HAS où je suis patient expert, Ministère, Afssaps, forums, colloques, etc.

Quel rôle l'hospitalisation privée peut-elle jouer dans vos batailles ?

L'anonymat de l'hôpital auquel sont souvent confrontés les malades de Parkinson est défavorable au patient atteint de cette pathologie, aussi, les cliniques privées, de par leurs structures et souvent leurs tailles, sont tout à fait adaptées pour une prise en charge des malades de qualité. Ceux-ci peuvent espérer être traités par des spécialistes qui assureront eux-mêmes le suivi du patient sur la durée et bénéficieront de l'interdisciplinarité des plus grands centres. La médication est très compliquée et demande que la posologie soit déterminée de manière individuelle en prenant en compte les éventuelles autres pathologies du patient. Un suivi sur mesure est donc primordial. A défaut de connaître les causes de cette maladie, reste aux malades de bien se faire prendre en charge et de se battre, avec le milieu médical. Se battre ensemble pour mieux vivre Parkinson est la raison d'être de notre association.

3 QUESTIONS

JEUDI 22 SEPTEMBRE 2011



Gérard REYSEGUIÉ
 Directeur de la
 Clinique Sarrus-
 Teinturiers à
 Toulouse [31]

Il y 10 ans explosait l'usine AZF, comment l'avez-vous vécu alors dans votre clinique ?

Hier à 10h17, l'espace d'une minute de silence, la vie s'est arrêtée à la clinique. J'y étais moi-même pour une commission de sécurité avec quelques acteurs du 21 septembre 2001 : élu de la mairie, délégation de pompiers et représentants de la police. L'émotion se lisait sur tous les visages. En 2001, tous les établissements de santé de Toulouse ont été touchés mais ont continué à fonctionner, grâce à l'élan de solidarité sans précédent des personnels soignants et des médecins. Des établissements plus proches du site AZF, dont les cliniques du Parc et Ambroise Paré ont subi plus de dégâts que nous et ont été aussi largement mobilisés. Nous avons été pris d'assaut par la population du quartier et toute celle qui se rendait au marché St. Cyprien proche de la clinique. Tous venaient chercher refuge. Le souffle de l'explosion a été d'une telle violence que de nombreuses personnes se sont retrouvées propulsées au sol. Le quartier a vite pris une allure apocalyptique. Nous avons eu deux accouchements très prématurés dont un bébé né très en avance que nous avons heureusement réussi à sauver. Une mère et son nouveau-né dans sa couveuse ont été miraculeusement sauvés par une sage-femme venue les chercher pour une consultation juste avant l'explosion de la fenêtre. Une de nos salariées a perdu son mari dans l'explosion de l'usine et chaque membre du personnel a également perdu quelque chose ce jour là.

D'après-vous est-ce que la réglementation en vigueur était suffisante pour pouvoir faire face à un tel événement ?

Clairement non. Le problème majeur auquel nous avons eu à faire face était l'absence de réseau téléphonique sur toute la ville, donc des difficultés à joindre la cellule de crise de la préfecture. Les pompiers eux-mêmes ne pouvaient pas communiquer. À partir de là, chaque établissement a fait de son mieux et avec bon sens. Ne laisser sortir aucun patient, mobiliser le personnel et accueillir tout le monde. J'ai laissé partir mes premiers salariés à minuit. Quant aux mesures de

prévention, c'est toujours compliqué de savoir d'où peut venir le danger. Chez nous, les risques d'inondation sont certainement plus élevés que les risques d'explosion d'une usine chimique. La réglementation n'avait pas prévu cela mais nous avons fait du chemin depuis.

Quelles mesures sont désormais en place ?

Le ministère de la Défense a organisé un debriefing avec les acteurs de soins après la catastrophe. Il a été constaté un manque de coordination dans l'adressage des patients aux différents services d'urgences avec un engorgement de celles du CHU alors qu'une clinique plus proche du site avait encore des capacités d'accueil. Les cliniques qui font 80 % de la chirurgie sur Toulouse auraient aussi pu être plus sollicitées. Ce sont nos équipes qui sont allées prêter main forte à celles du CHU. Des mesures spécifiques ont été prises depuis. Nous avons désormais un plan blanc amélioré et synthétisé, qui d'ailleurs ne me quitte plus. Chacun sait ce qu'il doit faire en cas d'accident, les listes ressources sont à jour, nous avons amélioré les systèmes de communication – ce qui était demandé lors du débriefing mais à nos propres frais. Un plan d'adressage des patients a été défini par l'ensemble des établissements de soins et la dernière pandémie grippale a bien montré qu'il fonctionne. Nous organisons régulièrement des simulations et nous avons même reçu avec la Clinique Ambroise Paré une vraie alerte à la bombe déclenchée par la préfecture. Ce que je retiens du 21 septembre 2001, c'est la très grande solidarité de chaque acteur du soin devant une catastrophe dont le souvenir restera à jamais dans nos mémoires.

NOTES

NOTES

NOTES

NOTES



FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP-MCO
81, RUE DE MONCEAU – 75008 PARIS
TEL : 01 53 83 56 87 – FAX : 01 53 83 56 69
fhp-mco@fhp.fr

fhp-mco.fr
agirpourlasante.fr
leblogdupresident.fhp-mco.fr
youtube.com/fhp-mco