

**CONGRÈS
DES REPRÉSENTANTS
DES USAGERS**

ANNALES

**14
SEPT
2010**

**1^{er} CONGRÈS
DES REPRÉSENTANTS
DES USAGERS
PARIS 14 SEPTEMBRE 2010
ANNALES**

SOMMAIRE

3 ALLOCUTION D'OUVERTURE

Lamine GHARBI, président de la FHP-MCO

5 L'HOSPITALISATION PRIVÉE : UN SECTEUR AU SERVICE DE TOUS LES USAGERS

5 LES CHIFFRES CLÉS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

Lamine GHARBI, président de la FHP-MCO

7 L'ACCESSIBILITÉ DES CLINIQUES ET HÔPITAUX PRIVÉS

Ségolène BENHAMOU, membre du bureau FHP-MCO en charge des relations avec les usagers

13 GESTION DES ATTENTES DES USAGERS : LE RÔLE DE LA MÉDIATION

Alain-Michel CERETTI, chargé du Pôle santé et sécurité des soins (P3S)
auprès du médiateur de la République

17 LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : DANS QUELLE MESURE ? QUELS ENJEUX ?

TABLE RONDE AVEC : Daniel BIDEAU, administrateur national de l'UFC Que Choisir, membre de la Commission santé ; Dr Michel CHASSANG, président de la CSMF ; Dr Jean-Martin COHEN SOLAL, directeur général de la Mutualité française ; Jean-Luc DUBOIS, directeur de la clinique Mathilde, Rouen ; Christian SAOUT, président du CISS

29 ENSEIGNEMENTS DE L'ÉTRANGER

29 L'UNIVERSITÉ DES PATIENTS : UNE INITIATIVE À ENGAGER EN FRANCE ? L'EXEMPLE ALLEMAND

Professeur Marie-Luise DIERKS, directrice de l'Université des patients de Hanovre

33 LA FORMATION DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS : UNE PRÉOCCUPATION DE TOUS

TABLE RONDE AVEC : Annie LABBÉ, déléguée générale du CISS Île-de-France ; Dr Alexandra FOURCADE, chargée de la Mission usagers de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé ; Dr Jean-Luc BARON, président de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée ; Pierre MAURETTE, directeur de la polyclinique Saint-Roch, Montpellier

43 LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS : RETOURS D'EXPÉRIENCES

TÉMOIGNAGES DE : Véronique BESSE, directrice de la clinique Saint-François, Mainvilliers ; Claude GUELDREY, directrice du BAQIMEHP ; Dr Monique DADOUN-DYBAL, médecin coordonateur, Centre de cardiologie La Chenevière, Callian, établissement lauréat des Trophées 2010 de l'hospitalisation privée, catégorie « Qualité » ; Jean-Luc PLAVIS, correspondant CISS Île-de-France du Pôle santé et sécurité des soins

51 CONCLUSION

Ségolène BENHAMOU, membre du bureau FHP-MCO en charge des relations avec les usagers

CONGRÈS
DE REPRÉSENTANTS
DES
MARC HORWITZ
JOURNALISTE
USAGERS



La journée, animée par Marc HORWITZ, est ouverte à 10 h 05.

Marc HORWITZ : Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs, bonjour. Merci d'être présents et aussi nombreux pour ce congrès des représentants des usagers. J'ai envie de dire en me tournant vers Lamine GHARBI « ce premier congrès des représentants des usagers », car nous espérons évidemment que cette journée aura des suites et qu'il y aura d'autres congrès. Vous êtes près de 250 à vous être inscrits. C'est une belle performance. Le premier intervenant – c'est celui qui ouvre la journée et qui va en quelque sorte la présenter – en est l'initiateur. C'est en effet à son initiative que nous sommes tous réunis aujourd'hui. Il s'agit de Lamine GHARBI, président de la FHP-MCO.

ALLOCUTION D'OUVERTURE

Lamine GHARBI : C'est un honneur et un plaisir de vous recevoir aujourd'hui. La première différence fondamentale que je note par rapport à nos réunions traditionnelles est que nous commençons à l'heure. J'en suis ravi, d'autant plus que comme vous le verrez notre programme est chargé. Je remercie toute l'équipe de FHP-MCO qui a organisé ce congrès. Ségolène BENHAMOU, qui va intervenir tout à l'heure, est la pilote de cette journée. Il est vrai que j'ai les honneurs de l'introduction mais tu auras, chère Ségolène, ceux de la conclusion de cette journée, qui sera riche.

Nous allons avoir un petit moment d'échanges, pendant environ vingt minutes, durant lequel je broserai le portrait de l'hospitalisation privée, qui nous réunit aujourd'hui. La première table ronde se déroulera à 11 h et aura pour thème : « *Gestion des attentes des usagers : le rôle de la médiation* ». Nous aurons au bout d'une heure et demie une première pause et nous reprendrons. Nous aurons alors une table ronde également intéressante sur un sujet qui nous et vous occupe : « *Les dépassements d'honoraires : dans quelle mesure ? Quels enjeux ?* ». Nous irons ensuite déjeuner puis nous reprendrons à 14 h avec le thème : « *Enseignements de l'étranger : une vision de l'Allemagne* ». Nous passerons ensuite aux thèmes suivants : « *Information et formation des représentants des usagers : une préoccupation de tous* », puis : « *La qualité de la prise en charge des usagers : retours d'expériences* ». Enfin, comme je vous le disais en ouverture de séance, nous écouterons la conclusion de Ségolène BENHAMOU.

Ceux dont le réseau fonctionne dans cette salle peuvent poser leurs questions par SMS au numéro affiché. Il est en effet quelquefois difficile de lever la main ou d'interrompre une table ronde, or on a parfois envie de poser des questions en direct sur un sujet particulier.



LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DE LA FHP-MCO

CONGRÈS
DES
REPRÉSENTANTS
DES
USAGERS

Faites-moi passer vos questions par SMS : je les transmettrai immédiatement à M. HORWITZ pour qu'il puisse les poser durant la table ronde ou y répondre en direct.

Pourquoi ce congrès ? Il a, en fait, été construit pour et avec vous. Nous n'avons pas voulu en bâtir un en partant d'une feuille blanche et de nos idées et envies. Nous avons vraiment voulu faire un congrès pour et avec vous. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes déjà réunis le 6 mai dernier avec une vingtaine d'associations pour caler le programme de la journée. Nous sommes partis non pas d'une idée de la FHP-MCO mais d'un échange avec vous-mêmes pour pouvoir être au plus près de vos attentes et de vos envies. Nous avons souhaité un congrès abordant nos véritables préoccupations communes et qui nous permette avant tout de partager et d'échanger.

La FHP-MCO est un syndicat de spécialités (médecine, chirurgie, obstétrique) dont l'existence est récente (deux ans). Nous nous sommes interrogés en avril 2010 sur nos missions, notre politique et nos envies. Nous avons défini trois thématiques : nos valeurs, nos missions et notre politique. Définir la politique d'un syndicat n'est pas chose aisée mais je vais vous livrer notre définition car nous devons faire connaissance afin de pouvoir échanger de manière plus approfondie tout au long de la journée.

Nos valeurs sont l'humain et la personne, avec le patient au centre. Il est vrai qu'il a peut-être fallu attendre la loi HPST pour se rendre compte que le patient est au

centre de nos préoccupations. Les organisations doivent être construites autour de vous et non sans vous.

Nous recevons beaucoup de courriers de nos usagers, qui ne sont pas toujours sympathiques – ce sont quelquefois des doléances et des plaintes –, mais certains sont heureusement encourageants et nous permettent d'avancer dans le bon chemin. Le dernier que j'ai reçu dans mon établissement était celui d'une personne qui me remerciait de son séjour qui s'était bien passé. Elle me remerciait en conclusion de son petit mot pour « *une prise en charge de qualité et non une charge sur un prix* ». Séparer la notion de patient, d'économique et de tarif est une bonne chose.

La qualité et la sécurité des soins : il est vrai que nous sommes là pour cela, le but étant comme dans l'aéronautique un risque minimal, c'est-à-dire zéro. Nous devons travailler avec nos cercles de qualité pour pouvoir avancer dans ce sens. Nous voulons être responsables, c'est-à-dire que nous voulons rendre des comptes, et nous en rendons. Vous verrez qu'aujourd'hui nous en rendons sur des enquêtes et sur l'état de la situation dans laquelle nous sommes actuellement avec vous usagers.

L'efficacité : il est vrai que les secteurs public et privé sont souvent opposés. Nous sommes là pour vous prendre en charge quel que soit le secteur d'appartenance. Public ou privé, le débat n'est pas là aujourd'hui. Ceci étant, disons avec un peu d'humour que nous sommes 30 % moins chers que le public.

Nos missions : l'accueil de tous et l'accessibilité. Comme cela a été mis en avant le 6 mai dernier, nous accueillons évidemment tous les patients. En France, deux millions de patients sont accueillis en urgence dans les structures privées.

L'accessibilité : certaines régions ont jusqu'à 40 % de patients bénéficiaires ou titulaires de la CMU. Nous voulons être accessibles pour vous tous.

L'accompagnement des patients et de la famille : il faut en parler ; c'est un sujet douloureux. 20 % des soins palliatifs sont faits au sein du secteur privé.

Acteurs de santé : nous revendiquons un rôle et des missions de service public dans la mesure où la plupart d'entre elles nous sont interdites au profit du secteur public. Nous revendiquons une véritable accessibilité aux urgences, à la PDS et à la formation. Des médecins sont là aujourd'hui et vous en parleront. Nous voulons pouvoir être des centres de formation dans nos établissements.

Actions de prévention et d'éducation : l'éducation thérapeutique est également le centre de notre combat.

Notre politique : transparence et équité. Nous sommes là pour en parler aujourd'hui. La pertinence des actes, le bon séjour, la bonne hospitalisation et le bon

acte opératoire font également partie des missions de la FHP-MCO.

Un financement juste et une mutation responsable : on voit que dans les services de chirurgie des hôpitaux cela fait débat. Faut-il maintenir ou non la chirurgie de proximité ? C'est un débat de santé publique et d'usagers.

Ceci étant, nous avons déjà entrepris la mutation du secteur privé depuis des années à nos dépens, notamment en obstétrique. 29 départements n'ont plus de maternités privées. Le tiers de la France n'est plus couvert par le privé. Nous dénonçons depuis dix ans la mort annoncée du privé en obstétrique ; elle est arrivée sur le territoire. 29 départements sans obstétrique privée... Cela a deux conséquences. La première est que l'on n'a plus le choix entre le public ou le privé pour accoucher. C'est important car quand on n'a plus le choix il y a ce que l'on appelle un monopole, qui est vecteur de non-qualité. Il faut tenir compte par ailleurs des différences de coûts entre le privé et le public. Cela nous coûte plus cher à chaque fois qu'un transfert s'opère.

L'implication des parties prenantes (praticiens, usagers, vous-mêmes, tutelles, fédérations hospitalières) : nos amis praticiens – nous en parlerons tout au long de la journée – sont nos alliés. Il est vrai que nous avons parfois des sujets de discussion – nous en parlerons plus tard avec le Dr CHASSANG – sur les dépassements d'honoraires, le salariat des médecins et la pertinence des actes. Nous avons des différends, mais de ces différends vont naître je l'espère des progrès et une amélioration de la qualité pour vous Mesdames et Messieurs les usagers.

Les fédérations : avec la FHF, notre grand frère du public, nous trouvons des accords et nous avançons ensemble car nous ne pouvons nous passer l'un de l'autre.

Les objectifs : Mme la ministre Roselyne BACHELOT les a fixés. 2011 sera l'année des patients, notamment avec une nouvelle loi de santé publique. On peut regretter que la loi HPST soit encore en cours de rodage et d'appropriation et qu'une nouvelle loi arrive encore. Je dirais même « encore et encore » ; c'est parfois difficile.

Le but de la journée est d'apprendre à mieux nous connaître, pour nous : identifier vos attentes et pour vous : appréhender nos contraintes. C'est un échange. On vous a distribué dans le dossier d'entrée un questionnaire de satisfaction. Il est important pour nous d'avoir le retour de la journée, tout simplement pour l'année prochaine nous améliorer, compléter et surtout redresser ce qui n'aura pas été à la hauteur de vos attentes. Donc s'il vous plaît remplissez-le. Cela nous fera plaisir et ce sera un remerciement pour l'organisation de la journée. ■

L'HOSPITALISATION PRIVÉE : UN SECTEUR AU SERVICE DE TOUS LES USAGERS

LES CHIFFRES CLÉS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

Lamine GHARBI : 700 cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) en France et 1200 établissements de santé privés en comptant la psychiatrie et les soins de suite. Une capacité de 66 000 lits et places, mais il est vrai que maintenant on parle d'« entrées ».

Ceci étant, nous représentons 30 % de la capacité d'hospitalisation (soit 8,5 millions de patients pris en charge sur 18 tous secteurs confondus) et 40 % des hospitalisations de court séjour pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique.

La chirurgie, à raison de 46 000 lits et places, représente la moitié des capacités en France. Nous réalisons avec ces 52 % 60 % de la chirurgie (cela signifie une capacité inférieure à celle du public mais une activité supérieure) et surtout 71 % de la chirurgie ambulatoire. Les hôpitaux publics s'y mettent depuis quelques années alors que nous la pratiquons depuis presque vingt ans (1993), la définition de celle-ci étant une entrée le matin et une sortie le soir. Nous prenons également en charge 30 % des séjours de chirurgie cardiaque. Ceci pour vous dire que c'est faux quand on dit que nous ne prenons en charge que des patients légers ou des petites pathologies.

L'obstétrique est comme je vous le disais en difficulté au sein du privé : 6 000 lits et places, 27 % de la capacité d'hospitalisation et seulement 176 maternités, dans 67 départements. Ce chiffre doit nous interpeller. Nous dénonçons la situation depuis des années et cela s'est malheureusement produit.

Le taux de césariennes est de 22 % dans le privé (alors que l'on pouvait penser que la chirurgie de confort y était plus présente, ce qui est faux) contre 20 % dans le public. La médecine est le parent pauvre du MCO, avec seulement 14 000 lits et places et 12 % des capacités, mais avec ces 12 % nous prenons en charge 25 % des



LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DE LA FHP-MCO

séjours médicaux, 32 % des séances de chimiothérapie et 34 % de l'IRC (la dialyse), à raison de 11 000 patients dialysés dans 379 structures privées et 1 700 000 séances, surtout réalisées dans des centres. Ceci grâce à un personnel performant (156 000 infirmiers, sages-femmes, aides-soignantes et hôteliers) qui participe chaque jour à notre prise en charge. Je n'ai pas oublié les 45 000 médecins libéraux qui participent également à une prise en charge de qualité.

Indicateurs de qualité : nous vous devons la transparence, et elle est au rendez-vous. Pour les indices qualité, 95 % des cliniques privées ont une cotation comprise entre A et B, ce qui correspond à la note maximale. Concernant les solutés hydro-alcooliques, 60 % des cliniques privées ont une cotation entre A et B.

Efficiences : 25 % d'écart avec les tarifs du public. Par exemple, le tarif public est de 4 000 € pour les embolies pulmonaires contre 2 500 € pour le privé, soit une différence de 1 500 €. Cela représente, rapporté au nombre de séjours en France 12 M€. Ces chiffres ont la froideur de la réalité économique, sachant qu'en 2006 22 % des établissements privés étaient en déficit et 42 % en 2008. Efficaces oui, mais pour combien de temps encore ?

Je voudrais faire un peu le même parallèle avec l'obstétrique. Nous avons dénoncé pendant des années une situation dont nous mesurons les conséquences aujourd'hui. Il ne faudrait pas qu'à terme les établissements MCO disparaissent, comme nous avons pu le voir pour l'obstétrique.

Nous nous sommes livrés à un petit calcul et demain, dans le cadre de nos fonctions syndicales, nous rencontrons, avec le président fédéral Jean-Loup DUROUSSET, Madame la ministre. Si aux 50 pathologies les plus courantes pratiquées en France on appliquait notre tarif, cela dégagerait 1 Md€ d'économies sur l'année.

J'espère que les Parisiens l'ont vu, nous avons lancé début juillet une campagne de sensibilisation sur les panneaux d'abris bus : « *Mission : sauver la sécurité sociale grâce au tarif unique* ». Je dois

par ailleurs remercier Véronique MOLIÈRES pour la réalisation et la mise à jour du film « *Secteur public, secteur privé un même métier, une même mission, un même tarif ?* ». Il est important parce qu'il permet en cinq minutes de retracer les problématiques de notre secteur.

J'en ai terminé pour cette première partie d'introduction. Je vais donner la parole à Ségolène BENHAMOU, qui va poursuivre la présentation de cette matinée. Merci. ■

L'ACCESSIBILITÉ DES CLINIQUES ET HÔPITAUX PRIVÉS

Ségolène BENHAMOU : Bonjour à tous. Lamine GHARBI vous a présenté notre secteur, nos valeurs, nos missions et notre politique. C'est toute une profession de foi que nous avons voulu vous exposer.

Nous allons nous confronter maintenant à quelques données chiffrées très concrètes. En effet une de nos missions et de nos valeurs est l'accessibilité aux soins. La loi HPST fait de l'accès aux soins une priorité et nous aussi. C'est nous qui vous le disons et il serait intéressant de voir dans le cadre de la volonté de transparence que nous avons vis-à-vis de vous ce qu'il en est réellement dans les chiffres.

Nous nous sommes intéressés à trois volets de l'accessibilité aux soins : l'accessibilité géographique, sociale et médicale. Comme Lamine GHARBI vous le disait, le secteur privé accueille et prend en charge toutes les populations. Pour vous le prouver, nous avons choisi de reprendre les données transmises par nos tutelles. Notre volonté est de dire clairement où nous soignons, qui et quelles pathologies.

L'accessibilité géographique

Une idée reçue veut que nous ne soyons localisés que dans les communes riches, que nous ne soignons que les riches et que nous n'opérons que des appendicites. Ce sont des préjugés tenaces qui nous pénalisent. Nos patients savent bien que c'est faux puisque nous en accueillons un sur deux. Néanmoins, à chaque fois que nous nous retrouvons dans des réunions, nous entendons toujours ces préjugés contre lesquels nous voudrions lutter.

Nous nous sommes intéressés à l'accessibilité géographique et aux lieux d'implantation des établissements privés. Une étude a été faite à partir des



SÉGOLÈNE BENHAMOU
MEMBRE DU BUREAU FHP-MCO
EN CHARGE DES RELATIONS
AVEC LES USAGERS

données de 2006 sur 721 établissements privés de courts séjours MCO. Nous avons, pour caractériser les communes d'implantation de nos établissements, retenu le revenu net imposable moyen des différents foyers. Ainsi ont été caractérisées les communes favorisées et défavorisées, sachant qu'une commune est dite défavorisée quand elle est au-dessous de la moyenne régionale.

Sur les 721 établissements privés, 393 sont implantés dans les communes dans lesquelles le revenu moyen imposable est inférieur à la moyenne régionale. Il existe donc une juste répartition de nos établissements privés sur l'ensemble du territoire, l'écart étant inférieur à 14 % pour 1 clinique sur 5. 146 cliniques sont implantées dans des communes dites défavorisées, c'est-à-dire dont la population a un revenu net fiscal imposable inférieur de 14 % à la moyenne régionale. C'est important. La courbe est sensiblement la même de l'autre côté : 141 cliniques sont implantées dans des communes favorisées.

Ce sont des données très révélatrices pour nous. Elles montrent que nous sommes implantés partout sur le territoire français. Il n'y a là aucun jugement de valeur. Il n'est ni plus éthique ni plus noble de soigner à Sarcelles qu'à Neuilly. Cela montre qu'il y a des patients partout et que nos établissements sont partout. Nous accueillons des personnes dans toutes les communes quel que soit le lieu d'implantation et leur niveau de richesse, ce qui est extrêmement important.

Une bonne partie des cliniques dites implantées dans des communes défavorisées se trouvent en région parisienne, à Aubervilliers, Saint-Denis, Trappes, Stains et Sarcelles. Quand on analyse le recrutement de ces établissements, il est intéressant de voir qu'à 90 % les patients accueillis habitent ces communes défavorisées. On voit bien qu'il s'agit d'un recrutement de proximité pour les patients de ces communes. Il est aussi intéressant de noter que sur 146 établissements dans des communes défavorisées 33 sont titulaires d'une autorisation d'urgence et 22 d'une autorisation de réanimation.

Il se dégage de ce premier constat que les établissements privés sont répartis de manière uniforme sur le territoire français quelle que soit la commune. Il n'y a ni volonté ni constat d'une localisation différente selon la richesse de la commune. Nous sommes partout car nous soignons toutes les populations.

L'accessibilité sociale

Le ministère a fait une étude très intéressante pour caractériser les patients accueillis dans les établissements français. Il a retenu pour ce faire le seul critère qui soit disponible pour l'instant : caractériser les patients titulaires de la CMU, de la CMUC ou de l'AME. Il a été identifié que sur l'ensemble des hospitalisations, 10 % concernaient des patients dits précaires, c'est-à-dire titulaires de la CMU, de la CMUC ou de l'AME, ce qui représente un million et demi de séjours.

Après analyse et caractérisation de ces patients, le ministère a établi que 25 % d'entre eux étaient pris en charge dans le secteur privé. On voit là encore que les établissements privés non seulement sont partout mais accueillent également toutes les populations.

Un quart des patients précaires sont accueillis dans les établissements privés : on va là aussi à l'encontre d'un préjugé tenace, selon lequel nous n'accueillons que les patients favorisés. Christine DERMER, directrice de la clinique de Stains, disait qu'elle ne pouvait pas accueillir de patients riches car à Stains il n'y en a pas. Je dirige moi-même un établissement privé à Sarcelles : les patients dits précaires représentent 20 % de ma patientèle. Nous accueillons les patients de notre territoire de santé. Cela dépend de celui dans lequel nous sommes localisés mais il n'y a pas de discrimination. Ce qui importe est la typologie des bassins de notre population.

Comme je vous le disais, 25 % des patients précaires sont pris en charge dans le secteur privé mais cela peut être plus selon les régions. On voit par exemple que dans la région Languedoc-Roussillon ce sont 40 % des patients titulaires de la CMU qui sont

accueillis dans les cliniques privées, 34 % en Aquitaine, 32 % en Midi-Pyrénées et 31 % en PACA. On voit clairement que les établissements privés accueillent les patients de leur territoire de santé qu'ils soient précaires ou non.

L'accessibilité médicale

Il est important de voir quelles pathologies nous soignons. Comme je vous le disais, il est toujours un peu désagréable d'entendre dire que nos praticiens, qui ont exactement la même formation que ceux des établissements publics, ne soignent que les petites pathologies et ne font que des opérations simples. Là encore, l'ATIH (Agence technique de l'information hospitalière) a caractérisé les séjours dits lourds. Elle a pu en fonction de certains critères, caractériser cette activité, que nous appellerons pour plus de facilité de type CHU.

Sur 374 000 séjours dits lourds caractérisés par notre tutelle, 124 000 sont assurés par le privé, soit un tiers. Cela représente 2 % de l'activité des cliniques, 1 % de celle des centres hospitaliers et 5 % de celle des CHU. C'est important par rapport à la spécificité des uns et des autres et notamment des hôpitaux publics. Ce sont des activités difficiles mais qui sont réparties entre les établissements privés et publics.

Concernant l'accessibilité médicale, il nous a semblé intéressant de parler également de la prise en charge du cancer. Une nouvelle répartition de toutes les autorisations a eu lieu très récemment. Nos tutelles ont fait un bilan de l'existant par rapport à l'activité des établissements et de la satisfaction à différents critères de qualité et d'activité et ont à nouveau réparti les autorisations en fonction des critères définis par l'INCa (Institut national du cancer), qui est une autorité indépendante.

Il ressort de cette toute nouvelle procédure d'autorisation que 431 cliniques privées et 57 centres libéraux de radiothérapie ont été autorisés pour les activités de chirurgie carcinologique, chimiothérapie et radiothérapie. C'est ainsi que l'on peut dire qu'aujourd'hui un tiers des séances de chimiothérapie sont réalisées dans les établissements privés ainsi que la moitié de la chirurgie carcinologique et des séances de radiothérapie. On voit que le secteur privé est bien positionné dans un secteur lourd (on sait comment s'organise la cancérologie : c'est une activité en réseau qui nécessite énormément de soins de support), puisqu'il accueille la moitié des patients en chirurgie carcinologique et en radiothérapie.

Un autre secteur qui peut être considéré comme lourd est l'activité de soins palliatifs. Comme Lamine GHARBI vous le disait, nous traitons dans le secteur privé 20 % des patients en fin de vie et nous assurons 20 % des prises en charge de soins palliatifs.

Il nous a également semblé intéressant d'étudier ce qui symbolise la chasse gardée des hôpitaux publics : les services d'urgence. Parce que nous sommes accessibles géographiquement et socialement et avons les mêmes compétences médicales en interne, nous sommes capables d'assurer la continuité des soins par le biais de nos services d'urgence.

134 services d'urgence sont aujourd'hui autorisés sur le territoire français, ce qui signifie qu'ils sont ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, que nous accueillons tous les patients et que nous travaillons en réseau avec les autres établissements de notre territoire et de notre département. Nous avons une organisation complémentaire et nous sommes un véritable acteur dans la chaîne de soins. Cela représente 2 millions de passages par an, une centaine d'établissements ayant comme Lamine GHARBI le disait l'organisation et les moyens humains pour assurer cette mission de services d'urgence mais malheureusement pas la possibilité de le faire car les tutelles ne souhaitent pas délivrer de nouvelles autorisations en la matière.

Des petits spots (« *Cliniques et hôpitaux privés : on peut tous y aller* ») sont passés pour rappeler à nos usagers, qui d'ailleurs le savent très bien, qu'ils peuvent tout à fait venir dans nos établissements et que nos services d'urgence sont tout à fait aptes à les accueillir. Nous avons tous des autorisations de médecine d'urgence parce que nous accueillons tous les patients.

C'est un point qui nous a semblé particulièrement important dans notre volonté de transparence vis-à-vis de vous. Encore une fois, il n'y a pas de jugement de valeur. Le but est de faire des constats pour voir comment nous sommes positionnés, où nous sommes localisés, les patients et les pathologies que nous accueillons. C'est un constat de départ qui je pense fera l'objet de discussions et permettra aux tables rondes de s'exprimer.

Nous sommes à ce congrès des représentants des usagers parce qu'ils ont fait leur entrée dans nos établissements il y a maintenant cinq ans. La loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients a créé dans nos établissements les Commissions des relations avec les usagers (CRU) et a donné sa place de manière institutionnelle à leurs représentants. Il est vrai qu'antérieurement, contrairement à l'hôpital public, nous n'avions pas dans nos instances de représentants des usagers. La loi du 4 mars 2002 a instauré ces CRU et à partir de 2005 tous les établissements privés en ont créé avec des représentants des usagers.

Nous en sommes à cinq ans d'existence de ces CRU et il nous a semblé important de faire un premier bilan de leur fonctionnement auprès de nos établissements, car elles sont comme je vous l'ai dit la porte d'entrée des usagers dans ces derniers. C'est le moyen pour eux de nous connaître et pour nous de vous connaître.

C'est un moyen d'échanger et de créer une relation de confiance qui n'existait pas auparavant parce que nous n'avions pas l'occasion de nous rencontrer.

La DHOS avait fait un premier bilan en 1998. Nous en avons fait un second cet été auprès des établissements privés. Un quart d'entre eux ont répondu et nous avons pu noter l'amélioration du fonctionnement. C'est extrêmement important car c'est à travers le bon fonctionnement de ces commissions des relations avec les usagers que va pouvoir se nouer le dialogue et que surtout on va pouvoir mettre en place des plans d'actions et des actions d'amélioration et que les représentants d'usagers vont pouvoir s'impliquer dans nos établissements.

90 % de nos CRU sont composées d'au moins 2 représentants des usagers. C'est important ; la loi le prévoyait. Certaines régions ont eu des difficultés à en trouver car subitement il en a fallu beaucoup mais on peut dire qu'aujourd'hui nos CRU ont une composition conforme à la réglementation.

75 % (contre 50 % il y a deux ans) des établissements tiennent une réunion par trimestre, ce qui montre que les usagers participent de manière régulière à la vie de l'établissement. On voit vraiment une progression sensible dans la participation et l'implication des usagers dans nos établissements.

Il nous a semblé également important de savoir si nos représentants des usagers étaient formés. Nous nous sommes aperçus que seulement 46 % d'entre eux l'ont été. Des régions sont plus en avance que d'autres et ont organisé des formations. C'est un point important pour nous car c'est la bonne connaissance des uns et des autres qui va nous permettre d'avancer, de créer une relation de confiance et de mettre en place des actions d'amélioration, l'un des axes de travail de notre syndicat – Lamine GHARBI vous l'a présenté – étant la formation des usagers, pour que vous puissiez davantage vous impliquer et participer à l'amélioration de la prise en charge des patients dans nos établissements.

Je vous remercie. *[Applaudissements]*.

Marc HORWITZ : Peut-être avez-vous quelques questions à poser. Mme BENHAMOU et M. GHARBI pourront y répondre.

Claire CARDON : Je suis représentante des usagers pour la clinique Jouvenet à Paris. Nous avons vu tout à l'heure dans un spot télévisé sur les urgences que l'on peut choisir, mais quand on fait appel aux pompiers à Paris – cela m'est arrivé mais c'est aussi arrivé à d'autres – on vous oriente vers l'hôpital le plus proche et l'on n'a aucun moyen de choisir. Je voudrais donc avoir un éclaircissement à ce sujet, sur les urgences du privé par rapport au public.

Lamine GHARBI : Il faut savoir qu'il s'agit d'un « détournement d'usagers », si je peux me permettre d'employer ce terme. Ils n'ont absolument pas le droit de vous refuser l'accessibilité à un service privé mais ils le font. La difficulté est que lorsque vous avez eu un accident vous êtes forcément diminué psychologiquement et physiquement, donc vous vous laissez faire.

Par exemple, l'un des salariés de la clinique Tivoli a eu à Bordeaux un accident de moto sur la voie publique. Ce n'était pas dramatique et la personne était pleinement consciente mais elle n'a pas pu se faire amener dans l'établissement dans lequel il travaille. Cela va jusque-là. Nous nous battons sur le plan réglementaire mais la loi dit que vous avez le choix de votre établissement. Les témoignages que vous pouvez nous apporter et les remontées d'informations que nous pouvons avoir pourront nous aider à faire changer les choses. Nous en sommes même à mener des actions contentieuses en région parce que 95 % des urgences vont à l'hôpital. Je suis issu du Languedoc-Roussillon : les deux tiers de la chirurgie cardiaque se font dans le privé, or 95 % des urgences cardiaques vont dans le secteur public. Il y a là un détournement des usagers qui n'est pas acceptable.

M. CHAZEL : Je suis représentant des usagers à Perpignan et peux apporter un témoignage car j'ai eu un accident sur la voie publique. J'ai demandé aux pompiers d'arrêter l'ambulance pour que je puisse descendre afin de pouvoir aller dans l'établissement où je travaillais. Il a fallu aller jusque-là.

Lamine GHARBI : Vous avez pu le faire certainement parce que vous avez la personnalité pour pouvoir l'imposer, mais malheureusement ce n'est pas le cas de tout le monde. Un problème majeur se pose en la matière.

Marc HORWITZ : Je salue l'arrivée du conseiller santé du médiateur de la République, Alain-Michel CERETTI. Nous allons lui donner la parole dans quelques instants. Y a-t-il d'autres questions dans la salle ?

M. PERROT : Je fais partie de l'Association Consommation, Logement, Cadre de Vie. J'aimerais poser la question de la satisfaction des représentants des usagers dans vos établissements, de la même façon d'ailleurs que dans le public, et de l'accès aux dossiers pour pouvoir bien traiter les plaintes. Combien en traitez-vous par an ? Combien sont résolues ? C'est ce qu'il m'intéresserait d'apprendre en tant que représentant des usagers qui sont dans la salle plutôt que de savoir si j'ai le droit d'aller dans le secteur public ou privé.

Ségoène BENHAMOU : Il est vrai qu'il serait très intéressant de réaliser ce genre de questionnaire. Nous

ne sommes pas encore allés aussi loin. D'une manière générale, la transparence par rapport aux plaintes est une obligation. Je peux vous parler de mon établissement mais malheureusement pas de tous parce que je ne les connais pas tous : nous communiquons lors de chaque réunion de CRU toutes les plaintes et elles font l'objet d'un suivi. Chaque établissement (d'ailleurs qu'il soit public ou privé) doit dorénavant transmettre chaque année à son ANAES un bilan d'activité de sa CRU dans lequel il doit retracer le nombre de plaintes et de dossiers communiqués ainsi que les actions d'amélioration qui en sont issues. Chaque établissement fonctionne peut-être différemment mais en tout cas – un représentant des usagers de mon établissement est présent – nous faisons à chaque réunion état des plaintes reçues au cours du trimestre, des suites données et des courriers envoyés et nous les analysons. Vous avez tout à fait raison : un des objets de la prochaine enquête sera de savoir si nos représentants des usagers sont satisfaits de l'information qui leur est transmise.

Marc HORWITZ : De quoi les usagers se plaignent-ils ? Quelles sont les principales plaintes ? Pouvons-nous en savoir un peu plus sur les courriers que vous recevez ?

Ségoène BENHAMOU : Il est important de souligner en premier lieu que nous recevons relativement peu de courriers de plaintes. Nous accueillons en ce qui nous concerne 30 000 patients par an et nous recevons 50 courriers de plaintes par an. Il faut vraiment relativiser entre le nombre de lettres de plaintes et le nombre de prises en charge à assurer.

Il est intéressant de savoir ce qui a motivé l'utilisateur à écrire. Nous prenons en compte les différents motifs (problème d'hôtellerie, de facturation, médical, etc.) et dans le cadre de l'enquête que nous avons menée nous avons réalisé une petite analyse des motifs de plaintes. Il ressort souvent que l'objet de la plainte provient d'un manque de communication entre l'équipe médicale ou paramédicale et l'utilisateur et sa famille. Il n'y a bien souvent pas de problème majeur, car généralement on n'écrit pas de lettre de plainte en cas de grave problème. On va tout de suite au contentieux même si cela arrive vraiment rarement. En revanche, l'utilisateur estime souvent ne pas avoir eu l'information nécessaire, ou qu'elle n'était pas suffisante, et par le biais de la saisine de la direction il demande plus d'informations et de remettre les acteurs en présence les uns des autres. Il aurait voulu en savoir un peu plus sur sa pathologie, ses suites, etc. ou sa famille estime qu'il n'a pas eu suffisamment d'informations. C'est en cela que la CRU est très intéressante, car cela permet de remettre les acteurs en présence et de délivrer l'information souhaitée.

Daniel BIDEAU : Je suis de l'UFC Que Choisir. Vous évoquez, s'agissant de votre questionnaire, la nature des plaintes des usagers puisque vous dites que 66,9 % des plaintes concernent les médecins et que la prise en charge pose problème à hauteur de 57,3 %. Ce sont vos chiffres, qui sont déjà parlants. Un gros problème de fonctionnement se pose dans les CRUQPC. En effet, si cela fonctionne assez bien dans le secteur public du fait de l'antériorité des installations et d'usages plus installés, je crois qu'il y a dans le secteur privé encore beaucoup d'efforts à faire pour institutionnaliser, rationaliser et organiser dans le temps la réunion de ces CRUQPC. Il y a encore du travail.

Lamine GHARBI : Ce travail est effectivement à mener car l'utilisateur fait peur. Il est vrai qu'ouvrir son établissement à nos pratiques est un peu difficile. Pour avoir l'expérience en région de réunions comme celles-ci depuis maintenant quatre ans, je peux dire que les premières étaient un peu tendues, car chacun expliquait son mal être ou son malaise dans la prise en charge globale de santé. Cela a évolué.

La plainte est difficile car l'utilisateur ou le patient – je ne sais pas ce qu'il faut dire – a pendant le séjour parfois du mal à exprimer sa difficulté ou son mécontentement. Il le fait souvent par écrit ensuite, parfois en saisissant l'établissement, mais ce qui est le plus difficile à vivre pour nous est quand il écrit directement à Mme la ministre, à M. le Préfet ou à Mme ou M. le directeur de l'ARS. Nous aimerions qu'il le fasse en amont afin que nous puissions nous expliquer, la plupart des contentieux non maîtrisés provenant d'un manque de communication entre nous.

Mme HOMO : Je suis de la Ligue contre le cancer du département de l'Eure. Je fais partie d'une CRUQPC. C'est peut-être difficile, mais si les questions des malades étaient adressées directement aux représentants des usagers, ne nous en dirait-on pas davantage qu'aux chefs d'établissements ? Des personnes me disent qu'à la réflexion cela ne sert à rien : je leur réponds qu'elles sont sorties mais de le faire pour les autres.

J'ajoute que quand on me demande si le questionnaire doit être remis au personnel de service ou à l'entrée de la clinique, je dis qu'il ne faut pas le donner au personnel car les personnes qui sont en ambulatoire s'en vont mais pourront revenir, et celles qui sont hospitalisées plus longtemps ont peur de représailles de la part du personnel. Je vois que des cliniques sont sincères car je leur ai dit des choses qu'elles ont mises dans leur rapport, mais elles ne sont pas forcées de nous dire ce qui ne va pas et nous ne sommes pas nécessairement au courant de tout. Je suis un peu méchante ; excusez-moi.

Lamine GHARBI : Les coordonnées des représentants des usagers sont disponibles normalement à l'accueil. Je dis « normalement » car vous allez me dire que dans tel établissement ce n'est pas le cas, et je vous croirai bien volontiers. Il y a toujours un registre ou une boîte aux lettres à l'entrée mais la démarche n'est pas simple car on est forcément diminué dans un lit d'hôpital. Nous voudrions que tout cela se passe bien mais à nous de progresser. Nous sommes là pour cela aujourd'hui, c'est-à-dire pour vous entendre et essayer de faire avancer les choses.

Marc HORWITZ : Je suis sûr en tout cas que la journée va bien se passer. Merci. ■

GESTION DES ATTENTES DES USAGERS : LE RÔLE DE LA MÉDIATION

Alain-Michel CERETTI : Je suis très heureux d'être parmi vous. J'ai longtemps été de l'autre côté de l'estrade. J'ai créé il y a douze ans l'association Le Lien, le dispositif Pôle Santé du médiateur de la République étant la continuité d'une expérimentation que j'ai proposé de mettre en place à Xavier Bertrand en 2006, lorsqu'il était ministre de la Santé. Cela consiste à tenir compte dans le cadre de la gestion des risques de l'expérience du malade.

La qualité et surtout la sécurité des soins ont toujours été l'emblème de l'association Le Lien. Nous considérons qu'un des premiers droits des patients est celui à la sécurité des soins. Quand des soins sont donnés avec un très haut niveau de qualité et un niveau de sécurité faible – je pense particulièrement à une grosse opération de chirurgie cardiaque qui se termine par un incident infectieux, bien entendu évitable –, c'est bien sûr un drame non seulement pour le malade mais aussi pour l'équipe. C'est peu fréquent mais quand cela vous arrive vous êtes à 100 %.

La question qu'il y avait derrière cela était la suivante : en 2006, à l'aube de la mise en place de la gestion des risques qui commence à se développer dans les établissements, comment la gestion des risques peut-elle se mettre en place en tenant compte de la mauvaise expérience du malade ? Je suis toujours administrateur de l'ONIAM (l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux). Notre constat est que grosso modo un dossier sur deux arrive chez nous mais pas dans le cadre d'une demande d'indemnisation. Des personnes sollicitent à 50 % les CRCI et l'ONIAM pour comprendre ce qu'il s'est passé et connaître la vérité à la suite d'un accident.

En 2006, j'ai demandé au ministre : « Quand une maman perd son bébé à la naissance, elle a besoin pour faire son deuil, et reconstruire sa vie après ce drame, de connaître toute la vérité sur les causes de l'accident. Dès lors, quel choix notre pays lui propose pour connaître la



ALAIN-MICHEL CERETTI
CHARGÉ DU PÔLE SANTÉ
ET SÉCURITÉ DES SOINS (P3S) AUPRÈS
DU MÉDIATEUR DE LA RÉPUBLIQUE

vérité ? Quel autre choix a-t-elle que d'aller au contentieux dès lors que cette maman exige une expertise indépendante? Que le contentieux soit light (CRCI), un peu moins light (le judiciaire) voir plus dur (le pénal), cela reste une démarche contentieuse, avec punition et indemnisation potentielles ».

Certes, avec la CRCI il n'y a que l'indemnisation et pas de condamnation, mais pour autant, la démarche est vécue par les professionnels de santé comme une punition, alors que ce n'est pas le sujet pour la maman. Si elle souhaite aller au pénal, elle le fera. Certains le font. Notre mission est donc de répondre favorablement à des familles qui veulent simplement connaître la vérité. Or dire la vérité quand cela s'est mal passé est un des exercices les plus difficiles pour le corps médical. Non pas que les professionnels se refusent à cet exercice, mais il existe des freins importants : notamment leur mode d'exercice solitaire, la culture du coupable dominante dans les établissements ; la peur des sanctions et la place des assureurs peu enclins à toute reconnaissance de responsabilité.

Proposer une alternative, autre que celle du contentieux, à des familles et malades qui ont été victimes d'un accident grave et qui veulent savoir ce qu'il s'est passé sans pour autant engager une procédure contentieuse n'était pas possible en 2006. Fort de ce constat, le ministre a souhaité mettre en place un essai sur les infections nosocomiales au sein de la HAS. Cela a bien fonctionné et l'expérience a été étendue en 2007 sous le

nom de MIDISS à l'ensemble de l'iatrogénie uniquement hospitalière des accidents publique et privée.

Nous avons été confrontés à un petit souci, tant du côté de la Haute Autorité de Santé que du dispositif. De plus en plus de professionnels de santé s'inquiétaient des conséquences de cette démarche sur la certification de l'établissement par l'HAS. Il n'est en effet pas d'une évidence absolue de considérer qu'il existe un mur étanche entre la gestion individuelle des plaintes et la certification. C'est d'ailleurs impossible. Cela reviendrait à dire que la certification ne tient pas compte du ressenti des clients ou usagers, en tout cas de ceux auxquels le service médical est rendu.

Du côté de ces mêmes clients, un certain nombre posaient la question de l'indépendance du dispositif vis-à-vis du corps médical dans la mesure où il est positionné auprès d'une institution purement médicale. La question s'est posée non pas de la continuité de l'expérience menée mais de sa mise en œuvre dans un cadre complètement indépendant ou rattaché à une institution elle-même non médicale. Le médiateur de la République s'est imposé alors qu'en 2007 Jean-Paul DELEVOYE entamait une réflexion sur la réforme de l'expertise médicale à laquelle il a souhaité m'associer. Nous avons compris l'un et l'autre que nous faisons le même métier : la gestion de plaintes individuelles.

Le médiateur de la République abordait jusque-là le soin sur les questions d'accès et de remboursement mais certainement pas en termes de dysfonctionnements de la chaîne du soin. La ministre a souhaité en novembre 2008 que le dispositif MIDISS soit transféré auprès du médiateur de la République, avec un démarrage au 1^{er} janvier 2009, et qu'il étende son champ à l'ensemble du soin, y compris non hospitalier.

Je vais vous présenter quelques chiffres sur l'activité 2009 et je vous donnerai des éléments tout frais sur l'actualité 2010, avec des changements par rapport à 2009 plus en termes de type de saisine que de volume.

Le médiateur de la République n'est ni le procureur de l'administration ni l'avocat des administrés. Il est à l'interface du public et de l'administration ou toutes structure bénéficiant d'une délégation de service public. L'institution médiateur de la République se transformera en 2011 en Défenseur des droits. C'est inscrit dans la réforme de la constitution qui a été votée en juillet 2008. La loi-cadre devrait bientôt passer à l'Assemblée. La mise en œuvre est prévue en début d'année prochaine. Cela va représenter un changement du périmètre puisqu'un certain nombre d'institutions devraient se rassembler autour du médiateur pour qu'il devienne le défenseur des droits. Ne me demandez pas lesquels puisque ce sont certainement l'Assemblée nationale et le Sénat qui en décideront, même si l'on voit déjà se dessiner des tendances.

Je ne vais pas décrire toute la boîte à outils du médiateur mais elle est intéressante. Je le dis – parce que

c'est la vérité –, si j'avais connu le médiateur en tant que président du Lien ou porte-parole du CISS je l'aurais utilisé beaucoup plus qu'on ne l'a fait, c'est-à-dire jamais. Je parle non pas d'avant la guerre mais de la période 2000 à 2007. Le médiateur de la République n'était pas, en tout cas du côté du soin, un partenaire habituel du monde de la santé, notamment associatif, alors que la prise en charge des personnes qui viennent vers vous est souvent pluridisciplinaire, au même titre qu'elle l'a été dans le parcours de soins. Suite à un accident viennent souvent se greffer par-dessus des problèmes administratifs, notamment liés au remboursement ou à l'ouverture de droits en lien avec un handicap ; voir tout simplement d'information et d'orientation. Le médiateur est à cet égard tout à fait efficace et cela fait partie de ses prérogatives.

Il a une centaine de collaborateurs à Paris, et près de 300 délégués dans toute la France instruisant toutes demandes sauf celles liées aux soins et ce pour des raisons de confidentialité et de compétence. Les dossiers santé à ce jour remontent systématiquement à Paris, tous les autres dossiers étant traités en priorité au niveau local.

76 286 dossiers ont été traités en 2009 par l'ensemble de l'institution : 13 000 à Paris et les autres directement au niveau local. Cela veut dire que si demain un de vos membres a un problème de sécurité sociale ou d'accès aux droits avec la Maison départementale du handicap, etc., mieux vaut faire traiter le dossier par le délégué du médiateur de la République au niveau local, sachant qu'il y a jusqu'à trois délégués par département dont vous trouverez les coordonnées sans difficultés à la mairie ou à la préfecture, ou simplement sur le site du médiateur de la République.

Comme vous le savez, une enquête est en cours au niveau des EIG (Événement Indésirables Graves liés aux soins), ENEIS 2, qui devrait être terminée d'ici la fin de l'année. L'enquête ENEIS 1 de 2005, qui était relativement concentrée et pas du tout exhaustive, contrairement à celle qui est en cours. Un peu comme pour les enquêtes sur la prévalence des infections nosocomiales, 95 pour ne pas dire 100 % des établissements y participent, donc elle a un sens. Elle va donner des chiffres qui seront de ce niveau alors que ceux que nous avons pour le moment correspondent plutôt à ceux de la première enquête de 1996 sur la prévalence des infections nosocomiales, quand seulement 10 % des établissements avaient répondu. Ce contexte suscite l'inquiétude et la suspicion des usagers, et la peur de la transparence et la culture du secret du côté des professionnels de santé. Ils éprouvent une très grande difficulté à dire les choses telles qu'elles se sont passées sachant que cette vérité pourrait se retourner contre eux.

Ils ont aussi la peur – Dieu sait si elle est présente – de voir les primes d'assurance augmenter, plus particulièrement dans le privé. Les médecins du privé ont un fort sentiment d'exercer dans l'insécurité. Si les chiffres

des contentieux stagnent depuis plusieurs années, ce sentiment d'insécurité paradoxalement augmente dans la communauté médicale. Mettons-nous à la place d'un chirurgien qui démarre son travail à 7 h du matin en bloc opératoire et qui rentre chez lui à 20 h : il a le droit d'être fatigué et de ne pas prendre directement un livre de droit ou de ne pas suivre l'actualité du contentieux médical pour se mettre à jour. Ses indicateurs sont le sentiment de la profession (en général le syndicat) et l'augmentation de sa prime d'assurance.

Le Pôle Santé est d'abord un dispositif d'écoute dans le cadre duquel les citoyens, usagers et professionnels de santé peuvent s'exprimer, être écoutés entendus et conseillés. Il s'agit bien de rétablir la confiance entre le monde médical et celui des usagers et en même temps de participer à l'amélioration de la sécurité des soins. C'est aussi un lieu d'expertise qui va permettre de comprendre les circonstances d'un accident. Enfin, c'est aussi un acteur œuvrant à la gestion des risques en lien avec les établissements de santé. Retour d'expérience, recherche des causes racines d'un accident, application de mesures correctives. Voici la démarche qu'attendent les malades et familles à la suite d'un accident évitable. Les usagers attendent que les professionnels apprennent de leurs erreurs. Comment s'assurer qu'après un accident considéré comme évitable des mesures correctives pérennes sont mises en place ? Au niveau mondial, la démarche de gestion des risques liés aux soins s'organise dans les établissements de santé. Les gestionnaires de risques se mettent en place en France avec une vraie prise de conscience des professionnels de santé, cependant, certains freins persistent.

Il s'agit de répondre à l'inquiétude légitime des professionnels de santé sur les conséquences des signalements d'accidents. Il s'agit d'une question qui interpelle les représentants d'usagers : faut-il protéger les professionnels de santé qui signalent des accidents médicaux dans lesquels ils sont susceptibles d'avoir des responsabilités ? C'est un vrai sujet. Si les conclusions d'une enquête suite au signalement d'un accident médical à l'autorité de tutelle sont susceptibles d'être exploitées par un juge, n'attendons pas des miracles de l'obligation de signalement des accidents médicaux récemment mise en place en France. Si on ne répond pas à cette inquiétude, on en restera aux activités médicales complètement cloisonnées, étanches à la transparence et à la gestion des risques. La réflexion globale sur ces sujets avec les représentants d'usagers et les associations est tout à fait essentielle, car l'amélioration de la qualité des soins passe par une politique de gestion des risques efficace.

Revenons au Pôle santé et sécurité des soins du médiateur de la République. Le dispositif consiste donc en une plateforme d'écoute qui peut être contactée via un

numéro Azur [0810 455 455], un site internet spécifique (www.securitesoins.fr) auquel on peut accéder aussi par celui du médiateur de la République et un réseau de médecins spécialisés chargés d'instruire les demandes. 17 médecins travaillent avec nous actuellement. 5 d'entre eux sont salariés et les autres ont en fonction de leur spécialité un contrat avec le médiateur de la République. Ils sont appelés pour des dossiers particuliers liés à leur spécialité. Il y a aussi une cellule d'aide à la médiation et un dispositif d'alerte à l'autorité sanitaire.

Il s'agit bien dans un premier temps d'informer, d'orienter et de répondre à la question que j'ai posée en 2006 au ministre : où trouver une « expertise » indépendante en dehors du contentieux ? J'utilise le terme expertise entre guillemets puisque chez le médiateur nous parlons d'« avis sur cas individuel » pour ne pas risquer la confusion. Il ne s'agit pas d'une expertise comme on l'entend sur le plan judiciaire, mais bien d'une étude des pièces médicales du dossier. Les situations les plus complexes donnent lieu à une analyse approfondie du dossier avec demande de dossier médical et rencontre avec la victime. Un staff pluridisciplinaire se réunit chez nous tous les vendredis pour les dossiers les plus lourds et les plus complexes. Cela s'accompagne souvent d'une consultation juridique et de l'évaluation de la complexité du dossier. En 2009, 45 % des dossiers de ce type traités par le médiateur de la République révélaient une responsabilité d'un ou plusieurs professionnels de santé. Responsabilité administrative, judiciaire ou pénale. La médiation assistée proposée dans les affaires les plus graves dans les suites de l'étude des pièces médicales, permet à la victime et ses proches de rencontrer l'équipe médicale en présence des services du médiateur afin de reprendre un dialogue rompu par la perte de confiance.

Quelques chiffres : 4 795 requêtes ont été traitées en 2009 dont 15 % en provenance des professionnels de santé. Cela a donné lieu à un éclairage individuel dans 65 % des cas, à une information juridique dans 15 % des cas, à des demandes de médiation directe dans 15 % des cas, et à des témoignages directs (« Voilà ce que j'ai vécu mais je n'ai pas la volonté d'engager un dossier proprement dit ») dans 5 % des cas. On est passé de 15 % de requêtes en provenance de professionnels de santé à 30 % en 2010. Il s'agit de venir en aide à une équipe hospitalière, dans le public ou le privé, qui nous contacte parce qu'elle a un problème avec une famille ou une malade : « Voilà ce qu'il s'est passé ; nous ne nous en sortons pas. Nous n'arrivons pas à tisser un dialogue. Cela va partir au contentieux, bêtement parce que ce n'est pas ce que ces personnes veulent, mais quoi que nous leur disions nous n'arrivons pas à nous faire comprendre, tous nos propos sont considérés comme suspects ».

Dans une telle situation, l'équipe médicale doit externaliser la relation très rapidement avant qu'un contentieux

judiciaire n'apparaisse. Je ne pense pas que les CRUQPC puissent avec la médiation interne gérer efficacement des situations de cette nature. Les conflits d'intérêt sont trop nombreux entre l'établissement, son médiateur médical et l'assureur de l'établissement.

60 % des requêtes étaient liées en 2009 à des événements indésirables médicaux et chirurgicaux. 17 % à des infections associées aux soins. Le chiffre est significatif pour les violences ou maltraitements, et les questions relatives aux droits des patients, à la déontologie et à la bioéthique représentent 8 %, les événements liés à un produit de santé ne représentant que 5 %. Ce sont bien les EIG qui sont en première ligne. 2 723 dossiers sur 5 000 ont nécessité une intervention, et une étude approfondie à partir des pièces médicales, et 45 % d'entre eux étaient susceptibles d'engager une responsabilité des professionnels de santé. 26 % ont été orientés vers les structures de médiation locales et régionales et 15 % vers une médiation directe du médiateur de la République avec l'équipe, l'établissement et la famille. La loi Kouchner du 4 mars 2002 prévoyait l'externalisation des contentieux lourds (ceux qui justifient une demande d'indemnisation vers les CRCI pour un dommage corporel), par une procédure de conciliation ou d'indemnisation. Les CRUQPC n'étaient pas là pour gérer les conflits issus d'un accident médical avec dommage corporel. Je parle de la loi. Les CRUQPC ont pris cette place parce que la conciliation ne fonctionne pas au sein des CRCI. On aurait pu parler à une certaine époque de commissions de médiation et d'indemnisation ; on a préféré le terme de « conciliation ». Les mots ont un sens et celui de conciliation renvoie à « accord amiable » alors que Médiation renvoie à « compréhension, acceptation pacification ». Tout cela vient de la loi de 1998 qui avait institué les commissions de conciliation dans les établissements. On a bien vu que cela ne fonctionnait pas, parce que l'établissement était juge et partie. Plus le dossier était lourd, plus ils avaient du mal à le sortir de la situation dans laquelle il était. On n'a pas tout à fait réussi en 2002. Il va falloir probablement à nouveau rectifier le tir.

Marc HORWITZ : Donc Bernard KOUCHNER, ministre de la Santé dans le prochain gouvernement, pour une « Kouchner 2 » ?

Alain-Michel CERETTI : Ce qui est en tout cas certain est que quel que soit le ministre ces questions sont présentes actuellement au plus haut niveau de l'État, que des réflexions sont en cours et que l'on peut s'attendre dans les mois qui viennent à un certain nombre de propositions sur ces thèmes notamment.

M. HANRIAT : Bonjour, je suis secrétaire du CISS PACA. Par rapport à l'avancée des travaux qui seront à mener,

il me semble que pour l'utilisateur il faut supprimer le terme « médecin médiateur de l'établissement », car pour lui il s'agit du médiateur de la République. Il ne faut pas que l'on appelle médiateur à la fois le médecin conciliateur dans l'établissement et le médiateur de la République. Qu'un médecin et une équipe soient là pour discuter avec le patient ou l'utilisateur au sein de l'établissement et lui faire repasser un message qui est mal passé pour une raison x ou y, d'accord, mais il faut une labellisation et des termes différents. Sinon le médiateur va perdre de son externalité.

Alain-Michel CERETTI : Vous avez mille fois raison. Je ne suis pas à la place du président Sarkozy par rapport à cette question, mais la décision a été prise en 2008 de changer le nom du médiateur de la République, pour des questions de visibilité. Il y a le médiateur du crédit, celui de l'industrie, etc. Il y a beaucoup de médiateurs. Je dis non pas que ce terme est galvaudé mais qu'il a été beaucoup décliné. En tout cas, la décision a été prise qu'à partir du 1^{er} janvier le médiateur de la République deviendra le Défenseur des droits, ce qui sera peut-être plus lisible, mais c'est le médiateur de la République qui s'effacera, non celui de la CRUQPC.

Suzanne BAILLIF : Je suis présidente de l'Association pour le renouveau de la relation soignants-soignés en Midi-Pyrénées et médiatrice au sein de la CRCI Midi-Pyrénées. Je voudrais informer M. CERETTI que j'ai été confrontée à un problème de prise en charge des conséquences d'une maladie rare : la réponse de l'assureur du médecin a été que pour lui elles avaient été très bien prises en charge or c'est inexact. Des soins ont été apportés par méconnaissance qui ont été préjudiciables à la personne qui est atteinte de cette maladie. Les médecins ne peuvent pas tout savoir mais il faudrait qu'ils passent la main à des spécialistes dans le cas d'une prise en charge spécifique pour une maladie rare.

Alain-Michel CERETTI : Évidemment. D'ailleurs, un certain nombre des dossiers que nous recevons relèvent précisément du fait de ne pas avoir passé la main. Vous parlez de maladies rares : une de mes dernières actions au sein du Lien a été la mise en place de centres de référence pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires, précisément parce que nous avons vu que pour les infections osseuses lourdes et graves (celles qui laissent des séquelles fonctionnelles qui coûtent cher aux compagnies d'assurance mais d'abord aux malades eux-mêmes) une des difficultés premières était que le chirurgien qui avait fait la chirurgie initiale qui s'était infectée puisse passer la main à une équipe spécialisée. Cela fait partie des sources de conflits avec les médecins, qui ont effectivement cette obligation. ■

LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES : DANS QUELLE MESURE ? QUELS ENJEUX ?

TABLE RONDE

Marc HORWITZ : Cette première table ronde est évidemment essentielle à nos yeux puisque, comme vous l'avez vu tout à l'heure, les relations entre les patients, les usagers et le corps médical ne sont pas toujours faciles, surtout quand il s'agit de dépassements d'honoraires.

Il y a autour de cette table 5 intervenants : Daniel BIDEAU, administrateur national de l'UFC Que choisir et responsable de la Commission santé, le Dr Michel CHASSANG, président de la CSMF, l'un des principaux syndicats de médecins libéraux, Jean-Luc DUBOIS, directeur de la clinique Mathilde à Rouen, le Dr Jean-Martin COHEN SOLAL, directeur général de la Mutualité française, et enfin – mais est-il besoin de le présenter aux représentants des usagers ? – Christian SAOUT, président du CISS. Daniel BIDEAU, quand on parle de dépassements d'honoraires, les représentants de votre UFC bondissent.

Daniel BIDEAU : Effectivement, nous avons quand nous entendons les termes « dépassements d'honoraires » quelques idées précises sur la question, sachant qu'il s'agit très souvent de rumeurs. Des personnes nous parlent de certaines augmentations ou d'abus qu'elles ont subis, mais peu souvent on fait une évaluation objective des dépassements d'honoraires. Dans la récente enquête de l'UFC Que choisir, qui est d'ailleurs parue dans le magazine Que choisir, nous avons à partir d'une base de données concrète, qui regroupait des témoignages et surtout des chiffres venant des assureurs, évalué la situation en matière de dépassements d'honoraires, qui est quand même assez inquiétante.

Je voudrais tout d'abord remercier nos hôtes pour leur invitation. Nous sommes à l'UFC Que choisir aux côtés d'autres usagers de la santé, au sein des hôpitaux publics ou privés, et également en aval, dans certaines CRCL, puisque comme cela a été dit ce matin tout ne



DANIEL BIDEAU
ADMINISTRATEUR NATIONAL
DE L'UFC QUE CHOISIR,
MEMBRE DE LA COMMISSION SANTÉ



DR MICHEL CHASSANG
PRÉSIDENT DE LA CSMF



DR JEAN-MARTIN COHEN SOLAL
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ
FRANÇAISE



JEAN-LUC DUBOIS
DIRECTEUR DE LA CLINIQUE MATHILDE,
ROUEN



CHRISTIAN SAOUT
PRÉSIDENT DU CISS

va pas aussi bien que cela. Il est parfois nécessaire de mettre l'information à l'ordre du jour. Les hôpitaux publics sont souvent surchargés. Il faut souvent, pour une intervention qui ne présente pas de caractère d'urgence, être patient pendant des mois pour obtenir une première consultation publique, et à cela s'ajouteront bien sûr des délais d'intervention pour cette fameuse opération.

Le résultat est que maintenant 6 interventions sur 10 sont réalisées dans le privé, et nous constatons que les tarifs pratiqués par les médecins atteignent parfois des sommets : 300 €, 1 000 €, 2 000 € ou 3 000 € de dépassement pour la même intervention. Ce ne sont pas des chiffres en l'air. Ils ont été rapportés par l'IGAS (l'Inspection générale des affaires sociales) en 2007, qui a déjà

alerté les Pouvoirs Publics sur la forte progression des dépassements d'honoraires. Un chiffre : leur montant a doublé en quinze ans, passant de 763 M€ en 1990 à près de 2 Md€ en 2005, dont 527 M€ ont été facturés à l'occasion de soins en établissements de santé. Il y a quand même quelque chose qui pose problème.

Prenons des exemples précis : un dépassement d'honoraires de 5 593 € pour une opération de la cataracte et de 4 500 € pour la pose d'une prothèse de la hanche. Ce sont certes là des montants exceptionnels mais il faut citer le haut du panier pour pouvoir voir ensuite à quel niveau va se situer la dépense de l'utilisateur.

Les tarifs médicaux sont-ils devenus fous ? C'est un peu la question que nous nous posons en tant qu'utilisateurs. Rappelons cette fameuse formule intelligente qui dit que les actes doivent être faits avec tact et mesure. On se demande où est passée la charte déontologique des praticiens.

La première question qui est souvent posée par quelqu'un qui va vous opérer est : « Avez-vous une bonne mutuelle ? ». C'est une première question qui est devenue tellement banale que les utilisateurs ne savent plus à quel saint se vouer. De plus, du fait de la publicité télévisée, on ne sait pas non plus quelle mutuelle ou quelle complémentaire santé choisir. Faut-il aller dans le privé ou dans un secteur mutualiste plus général ? On se pose bien des questions par rapport à tout cela.

Il est vrai que tout professionnel de santé doit désormais remettre (depuis le 1^{er} janvier 2009) une information écrite sur le tarif des actes effectués et le montant des dépassements dès lors que la facture est d'au moins 70 €. C'est un souci de clarté. Le problème est que cela ne change pas grand-chose à la donne, parce que les patients osent très peu négocier les tarifs d'une intervention auprès du professionnel. D'ailleurs, doit-on le faire ? C'est une question à poser.

M. GHARBI nous a parlé tout à l'heure de l'ambulance. C'était très intéressant et cela paraissait d'ailleurs séduisant dans la forme. Un petit exemple quand même : celui de Michèle S., qui fin 2009, alors qu'elle est à la retraite, doit subir une hystérectomie avec curetage. Elle s'adresse sur les conseils de son gynécologue à un chirurgien opérant à la clinique Hartmann, à Neuilly-sur-Seine, qui l'informe que pour cette intervention elle devra régler 1 500 € de dépassement d'honoraires (1 200 pour lui et son assistant et 300 pour l'anesthésiste) et lui demande si cela lui convient, d'ailleurs d'un ton très courtois. Il lui demande quelle est sa mutuelle et quand elle répond qu'elle est à la MGEN il a l'air très désolé, pour lui ou pour elle – on ne sait pas trop –, parce qu'il sait qu'elle sera assez peu remboursée. Il se montre finalement très compréhensif et ramène ses honoraires à 900 € de dépassement. Avec les frais d'hôtellerie (170 € pour un séjour de 24 heures), Michèle S. aura

tout de même déboursé 1 142,29 € une fois déduits les remboursements de sa mutuelle et de la sécurité sociale. C'est un cas qui est loin d'être exceptionnel mais je pense qu'il devait être cité car aujourd'hui il s'agit bien de la représentation des utilisateurs.

Marc HORWITZ : Vous aurez l'occasion de ré-intervenir tout à l'heure. Pouvez-vous dire un mot de conclusion avant que je passe la parole à la défense et à Michel CHASSANG, puisque vous avez parlé des honoraires médicaux ?

Daniel BIDEAU : Je voudrais dire en conclusion que 8 chirurgiens sur 10 exercent en secteur 2. Ils sont donc libres de dépasser les tarifs conventionnels fixés pour chaque acte de la sécurité sociale. La seule imposition du Code de santé publique est le fait que leurs honoraires doivent être – je le répète – fixés avec « tact et mesure ». On constate que les sanctions sont rares, que celles prononcées par le Conseil de l'ordre des médecins sont rarissimes et que l'Assurance Maladie, même si elle a peut-être maintenant de nouveaux moyens, n'exerce pas forcément un énorme contrôle. Le dépassement d'honoraires pose vraiment un problème. J'ai cité seulement le privé mais je pourrais aussi vous citer des exemples dans le public. Ils sont plus rares ou moins importants mais existent aussi.

J'espère en tout cas qu'il y aura des moyens de faire autrement. Un problème de système de remboursement des actes peut être en cause dans cette affaire, mais pour cela faut-il réellement déréglementer un système dans lequel il existe un droit au dépassement en secteur 2 ? Doit-on laisser passer la plupart des praticiens dans un secteur optionnel où tous les prix seront permis ? Je pose la question. Nous sommes à l'UFC Que choisir absolument opposés à la mise en place de cette réforme du secteur optionnel. Nous souhaitons que l'on s'attaque vraiment au fond du problème, c'est-à-dire à la nature, au coût et peut-être à une modulation des actes vers le haut ou le bas en fonction de ce qui a été réfléchi au niveau des instances de santé.

Marc HORWITZ : Merci pour cette photographie, qui comme toute photographie ne peut pas être totalement objective. Quelle est la réaction de Michel CHASSANG, médecin ?

Dr Michel CHASSANG : Merci de me donner l'occasion de m'exprimer dans le cadre de ce colloque qui réunit les patients. C'est donc essentiellement à eux que je m'adresse, et au-delà à ceux qui financent et à mes confrères. Tout d'abord, je ne pense pas que la façon qui vient d'être employée pour décrire le sujet soit la bonne. *(Rires)*.

Marc HORWITZ : Voilà qui est clair !

Dr Michel CHASSANG : Il faut essayer de comprendre et ensuite trouver des solutions avant d'entamer un réquisitoire sans connaître exactement le sujet. « Dépassement d'honoraires » est un terme impropre ; il s'agit en fait d'un complément d'honoraires. *(Rires)*. Une déconnexion s'est produite au fil du temps entre la vraie valeur d'un acte et son remboursement par la sécurité sociale. C'est cela le sujet. En 1980, le premier ministre et le gouvernement de l'époque ont décidé de créer le secteur 2, c'est-à-dire un desserrement entre la valeur de l'acte et son remboursement.

Le syndicat que je représente était contre cette réforme – je tiens à le dire de la façon la plus claire possible –, à tel point que nous nous sommes fait matraquer sur le pont Alexandre III par les CRS, et ce que nous avons prévu s'est déroulé, c'est-à-dire qu'au fil du temps un certain nombre de problèmes se sont posés, que je vais essayer de vous expliquer de la façon la plus objective possible.

Il faut tout d'abord bannir dans nos propos l'amalgame entre le dépassement d'honoraires et le dessous de table ; ce sont deux sujets totalement différents. Je ne dis pas que vous en avez parlé mais je devance un certain nombre de propos que l'on me rapporte ici ou là. L'un est autorisé et légal et l'autre totalement illégal ; cela ne revient pas au même.

Comme je vous le disais, un desserrement s'est produit au fil du temps qui s'est accentué entre la valeur de l'acte, qui n'a pas suivi l'évolution des coûts, et le remboursement. Cela représente en effet aujourd'hui 2 Md€, pour l'ensemble des soins et pas uniquement pour les médecins, et pour eux 11 % de la masse totale des honoraires. Cela représente 42 % de ceux des stomatologistes, 30 % de ceux des chirurgiens, 27,5 % de ceux des gynécologues et 4 % de ceux des généralistes, des radiologues et des cardiologues. On voit bien à travers ces simples exemples que les compléments d'honoraires du secteur 2 ne peuvent pas être abordés de la même façon. Il existe également une très grande variation géographique. L'implantation du secteur 2 suit volontiers la ligne Paris-Lyon-Marseille-Côte d'Azur plus quelques grandes villes françaises, essentiellement pour les quelques disciplines que je viens de citer.

Au fil du temps, les compléments d'honoraires ont pu schématiquement prospérer dans deux directions : d'une part tout ce qui touche de près ou de loin à la dentisterie, en particulier les soins prothétiques et autres, avec une déconnexion totale entre la valeur de l'acte et son remboursement par la sécurité sociale – des choix ont été faits, mais pas par les médecins – et d'autre part tout ce qui a trait à la lunetterie, à l'optique et aux audioprothèses.

Les problèmes que nous avons prévus sont arrivés. Mon prédécesseur vient d'en parler : des difficultés incontestables d'accès aux soins se posent. Il existe une iniquité entre patients, entre ceux qui ont une bonne mutuelle et ceux qui n'en ont pas une, entre ceux qui ont un contrat d'entreprise, une partie de leur mutuelle étant prise en charge par leur employeur, et ceux qui n'en ont pas, qui sont dans de petites entreprises et qui doivent payer plein pot leur mutuelle, entre ceux qui ont une mutuelle et ceux qui n'en ont pas, 8 % des Français étant dans ce cas.

Il existe également une iniquité – que je souhaite vous faire toucher du bout du doigt – entre médecins, entre ceux qui sont dans le secteur 1, qui doivent appliquer les tarifs de la sécurité sociale et qui ne peuvent pas les dépasser, et ceux qui sont dans le secteur 2, qui ont une certaine liberté en termes d'honoraires. Le fossé entre eux s'est creusé au fil du temps et aujourd'hui on voit des jeunes, à l'issue de leurs études médicales, dans les facultés, qui ne choisissent pas les spécialités qui sont dans le secteur 1 (c'est-à-dire par exemple la médecine générale), ou qui préfèrent rester à l'hôpital et continuer leurs études pendant trois, quatre ou cinq ans de plus pour avoir le titre d'ancien chef de clinique et prétendre à l'accès au secteur 2. C'est cela la réalité.

Les dépassements d'honoraires – et je le conçois très bien – sont également un frein au développement de l'hospitalisation privée, puisque par définition ils constituent un obstacle à une concurrence saine entre les secteurs public et privé et entre ceux qui font des dépassements et ceux qui n'en font pas, etc. Incontestablement, les intérêts de l'hospitalisation privée ne vont pas strictement dans le même sens que celui des dépassements d'honoraires, et il y a incontestablement des excès, mais ils sont rares. Certains médecins dépassent effectivement plus qu'ils ne devraient le faire, mais ce n'est pas pour autant qu'il faut considérer que tous les médecins se comportent comme cela et que le système devrait être rayé d'un trait de plume.

Quelles sont les solutions ? Nous préférons voir comment essayer de sortir de la situation dans laquelle nous sommes. Ce n'est pas facile mais nous préférons agir. On peut il est vrai vociférer et faire des effets de tribune, en disant : « Cela ne va pas ! Mais que font la police et la République ? Ce n'est pas possible ; cela ne peut pas continuer comme cela ! », en dénigrant les médecins qui sont responsables et en mettant en lumière tous les excès. L'intervenant précédent l'a très bien fait. J'ai d'autres exemples, même personnels et familiaux, car il nous arrive aussi d'être malade. Nous connaissons donc le sujet, mais je me garderai bien d'aborder ce sujet de cette façon. On peut aussi supprimer purement et simplement d'un trait de plume le secteur 2, à travers un petit décret au Journal Officiel, et ainsi il n'y aura plus

de problèmes. Quand on casse le thermomètre, il n'y a plus de fièvre !

Marc HORWITZ : Ce ne seront en tout cas peut-être plus les mêmes problèmes !

Dr Michel CHASSANG : Vous comprenez bien qu'il faudrait un investissement extrêmement conséquent de la part de l'Assurance Maladie justement pour financer le différentiel ; c'est peut-être là où est le sujet. Cela veut dire qu'il faudrait qu'elle mette au pot 2 Md€. Aujourd'hui, avec toutes les difficultés que vous connaissez, pourrait-elle le faire du jour au lendemain ? La question est posée ! Il y a quelqu'un qui paiera in fine ; c'est clair.

Une troisième idée est d'essayer d'innover et de trouver une solution alternative. C'est ce que nous avons essayé de faire avec mon voisin de gauche (Jean-Martin COHEN SOLAL) et l'Assurance Maladie. Nous avons essayé de construire un secteur optionnel. Cela consisterait premièrement à limiter les compléments d'honoraires à 50 % de la valeur de base de l'acte. Deuxièmement, les complémentaires rembourseraient ces compléments d'honoraires. Troisièmement, les médecins qui rentre- raient dans ce dispositif bénéficieraient pour la partie d'actes réalisés au tarif opposable d'« avantages » (c'est-à-dire une certaine prise en charge de leurs cotisations sociales) au même titre que les médecins de secteur 1. L'idée était de mettre en place un système de ce type, ce qui n'est pas facile. C'est même très compliqué, mais cela permettrait de commencer par un bout, là où le problème est le plus prégnant et le plus important : dans les blocs opératoires, c'est-à-dire pour les spécialités qui touchent à la chirurgie, à l'anesthésie et à l'obstétrique, mais en associant naturellement toute l'équipe. Il ne faut pas qu'un seul de ses membres ait la possibilité d'accéder au secteur optionnel. Il faut aussi, naturellement, qu'il y ait quelques garanties, le but étant de mettre en place un dispositif de ce type, de l'expérimenter, de faire un bilan et de prendre toutes les précautions utiles ; nous y reviendrons certainement tout à l'heure.

Je termine sur le fait qu'il y a un sujet qui n'a pas encore été résolu et qu'il va nous falloir résoudre. Le secteur 2 a été un temps une des solutions à ce problème : celui du parcours professionnel des médecins libéraux. En clair, comment « récompenser », mieux rémunérer et mettre en valeur une meilleure formation initiale ou continue ? Personne ne pourra me dire qu'un médecin qui est un ancien chef de clinique n'a pas eu une meilleure formation qu'un médecin qui ne l'a pas été. Cela mérite une récompense et une meilleure rémunération. Cela existe dans toutes les professions. On ne voit pas pourquoi ce ne serait pas le cas en médecine. Par ailleurs, n'est-il pas légitime au fil de leur carrière, au gré de l'acquisition des

expériences et de la valorisation d'un certain nombre d'éléments touchant à la qualité, de trouver un système qui permette aux médecins d'avoir un profil et un déroulé de carrière, comme cela existe partout ailleurs et en particulier dans toutes les autres professions libérales et surtout dans le milieu hospitalier salarié ? La question est vraiment posée et c'est en répondant à toutes ces questions que l'on trouvera peut-être une solution au secteur 2, aux dépassements d'honoraires et aux difficultés que nous rencontrons tous face à cette situation.

Marc HORWITZ : Merci. Voilà en tout cas deux interventions pour le moins musclées. On ne peut pas dire que nos deux interlocuteurs soient d'accord.

Jean-Luc DUBOIS, vous êtes directeur de clinique. Le problème des cliniques est qu'elles ont des médecins, parfois qui demandent aussi des dépassements d'honoraires ; ne parlons pas de dessous de table. Comment le directeur de clinique peut-il gérer cette relation entre le patient et le corps médical, parce qu'il n'en est pas maître ?

Jean-Luc DUBOIS : Tout d'abord, tout à fait humblement, je voudrais dire que je dirige une clinique située aussi sur la rive gauche de la Seine, non pas à Neuilly-sur-Seine mais à Rouen. Pour ceux qui connaissent un peu la démographie Rouennaise, le fait d'être sur la rive gauche à Rouen est moins aguichant que de l'être à Neuilly-sur-Seine. Au-delà de cela, mon établissement accueille 35 000 patients par an, plus de 450 000 consultants et répond aux besoins sanitaires de la population locale. À ce titre, une centaine de médecins participent à son activité et je partage l'inquiétude de Daniel BIDEAU – je vais puisque nous sommes entre nous parler de dépassements, le Dr CHASSANG m'en excusera par avance –, car j'ai derrière cela aussi une entreprise à faire fonctionner qui représente 450 salariés. Comme l'a évoqué Michel CHASSANG, l'évolution des compléments ou dépassements d'honoraires peut conduire à une diminution de l'activité de nos établissements.

Forts de ce constat, nous avons essayé de gérer cette problématique au sein de l'établissement, nous avons aussi recherché un certain nombre de solutions. Le premier constat que nous avons fait est que le patient n'a qu'un porte-monnaie et que nous sommes plusieurs à vouloir piocher dedans : tout d'abord l'Assurance Maladie (à travers le forfait journalier, le forfait PAT et le ticket modérateur), puis la clinique (à travers la chambre particulière et un certain nombre de suppléments), et in fine le praticien qui exerce au sein de l'établissement. Cela correspond globalement pour un établissement comme le mien – nous l'avons chiffré – à 10 % du montant du séjour. Sur un volume d'affaires d'un peu plus de 30 M€

+ 10 d'honoraires, 4 M€ proviennent directement de la poche du patient. C'est ce que l'on appelle trivialement son reste à charge.

Sur un plan macroéconomique, rapporté à 35 000 patients cela ne représente ni plus ni moins que 135 € par patient. Cela ne paraît donc pas particulièrement choquant a priori, d'autant plus que cela ne représente ni plus ni moins que 5 % de la masse globale des honoraires. Il est vrai que nous comptons encore une majorité de praticiens en secteur 1, mais pour ceux qui sont en secteur 2 cela représente 18 % de leur propre masse d'honoraires. Il est d'ailleurs à noter que rapporté à l'hospitalisation publique nous ne dépassons pas le deuxième décile du montant des dépassements des hôpitaux publics tel qu'indiqué dans le rapport de l'IGAS sur ce sujet. Nous restons ainsi dans les 20 premiers %.

Cependant, un certain nombre de patients peuvent connaître de mauvaises pioches. Nous pratiquons dans mon établissement de l'obstétrique et si vous avez la malchance (ou le bonheur, prenez-le comme vous voudrez) de tomber sur un obstétricien, un pédiatre et un anesthésiste exerçant en secteur 2, chacun prenant globalement 100 à 150 € de dépassement d'honoraires, cela conduit tout de suite à une somme de 300 à 450 €, et il faut ajouter à cela la chambre particulière et les suppléments hôteliers, soit pour 4 jours d'hospitalisation encore 240 € de plus. Vous comprenez que l'addition commence à peser un peu et qu'ensemble nous devons réfléchir à la façon dont nous allons régler le problème du porte-monnaie du patient.

Nous avons donc décidé de prévenir plutôt que guérir et, nécessité faisant loi, nous nous sommes aperçus que nos intérêts étaient assez communs entre mutuelles, assurances complémentaires, praticiens et cliniques. Je suis dans un établissement où l'actionnariat est quasiment coopératif puisque 70 praticiens sont actionnaires, chacun détenant globalement entre 1 et 2 % du capital.

Nous avons travaillé sur deux plans et tout d'abord de façon externe, en passant un accord avec les mutuelles qui le voulaient et en particulier la mutualité de la fonction publique. Il s'agit d'un accord gagnant-gagnant, qui vise d'une part à ajuster nos prix en matière de prise en charge de chambres particulières en établissant un tarif commun avec elles, et d'autre part à signer une convention d'honoraires limitant les dépassements pour les praticiens qui acceptent de la signer, cette convention correspondant à 30 % du montant de l'acte de la sécurité sociale.

Ce dispositif présente un avantage pour le praticien, dont le rapport avec le patient sera tout de suite moins mercantile puisque l'on est dans le cadre d'un accord de tiers payant avec la mutuelle y compris pour la

chambre particulière. La mutuelle va pouvoir répondre à la demande de ses affiliés de pouvoir se faire soigner dans l'établissement de leur choix et donc statistiquement plutôt en clinique privée. Quant à la clinique, elle pourra se comparer à l'hôpital, où aujourd'hui on a tendance à ne rien faire payer – même si la chambre particulière commence à devenir un sujet d'actualité à l'hôpital public –, et offrir une prise en charge globale à 100 % pour l'ensemble du séjour du patient sans qu'il ait a priori de « reste à charge ». Ajoutons à cela que ce dispositif permet aussi à l'établissement d'avoir une règle d'autolimitation en interne de ses dépassements d'honoraires en incitant ses praticiens à les pratiquer avec tact et mesure.

Tout cela fonctionne assez bien, notamment dans le cadre de la pratique chirurgicale, mais on sait qu'il existe différents types d'intervenants : les primo intervenants (les chirurgiens, qui sont souvent à la source de la venue de la patientèle) et les « prestataires de services » que sont notamment les médecins anesthésistes, les radiologues, les pédiatres, etc., pour lesquels il convient aussi qu'avec tact et mesure, ils puissent fixer leurs dépassements. Il s'agissait de mettre en place à travers un protocole et un accord interne au sein de l'établissement des règles de conduite relatives à la tarification des honoraires en secteur 2.

Il a été convenu qu'à partir du moment où le chirurgien, qui voit en premier le patient, fixe son dépassement d'honoraires à un montant X (qui correspond à un pourcentage de complément par rapport à l'acte pris en charge par la sécurité sociale) l'anesthésiste doit se limiter à ce même pourcentage. Autrement dit, si en prenant 100 € le praticien dépasse de 30 % la valeur de son acte de chirurgie, l'anesthésiste ne doit globalement pas dépasser de plus pour un acte à 50 €. Sinon cela conduit à un certain nombre d'aberrations. Le chirurgien peut avec tact et mesure dire qu'il ne prend pas de dépassement et lors de la consultation de l'anesthésiste le patient peut se voir taxé de 100 ou 150 €, ce qui est particulièrement désagréable.

Nous sommes quand même partie prenante. On dit souvent que ce n'est pas le problème de la clinique alors que nous sommes directement concernés, à plus d'un titre. Bien souvent, ce sont nos services d'admission et de sortie qui récoltent l'ensemble des informations de la part des patients. Il est en effet avéré que le patient a quelques réticences à avoir une discussion financière avec le praticien. En revanche, il ne va pas hésiter à exprimer son mécontentement ou sa difficulté à pouvoir effectuer le paiement devant l'hôtesse d'accueil de la clinique. C'est cela qu'il a fallu résoudre. Il faut que l'ensemble des informations soient rapportées au sein de nos établissements à l'ensemble des praticiens. Si des difficultés apparaissent à travers un questionnaire de

satisfaction ou une remarque d'un patient, il faut qu'elles soient clairement ou en toute transparence rapportées au praticien.

Voilà les deux modalités que nous avons souhaité mettre en place. Concernant l'accord avec la mutualité de la fonction publique, sur une centaine de praticiens (60 exerçant en secteur 2), seuls 2 n'y adhèrent pas. Quant au protocole interne relatif à la tarification des honoraires en secteur 2, il fonctionne sur l'ensemble de l'établissement, avec une certaine satisfaction et un facteur limitant pour le chirurgien, car s'il abuse il est certain que son collègue anesthésiste abusera également. Sa clientèle – notamment sur la rive gauche de Rouen – s'en trouverait vite pénalisée.

Marc HORWITZ : Merci beaucoup pour cette intervention, qui met les choses bien au point et le rôle du directeur de clinique bien en phase avec la question posée aujourd'hui. Jean-Martin COHEN SOLAL, quelle est la position des mutuelles et en tout cas celle de la Fédération nationale de la mutualité française, que vous représentez ?

Dr Jean-Martin COHEN SOLAL : Bonjour à tous. Je représente en effet la Fédération des mutuelles de santé. Je rappelle que les mutuelles font à peu près 57 % du chiffre d'affaires, les compagnies d'assurance 25 % et les actions de prévoyance environ 18 %. Nous représentons donc une grande masse des assureurs complémentaires.

Je voudrais réagir par rapport à quelque chose qui a été dit deux fois ce matin et qui me choque toujours, notamment de la part d'associations de consommateurs, parce qu'elles ne font pas leur travail en le disant. On semble dire grosso modo qu'une bonne mutuelle est une mutuelle qui rembourse beaucoup. C'est une erreur profonde et il est très grave que les associations de consommateurs disent cela. Il faut comprendre qu'une mutuelle qui rembourse tout et n'importe quoi n'est pas une bonne mutuelle. Une bonne mutuelle réfléchit à ce qu'elle fait et à ce qu'elle rembourse. Une mutuelle n'a pas de but lucratif. Les décisions sont prises par les adhérents. Si une mutuelle prend tout en charge, cela coûte immédiatement plus cher à l'adhérent. Les bonnes mutuelles essaient de réfléchir à ce qu'elles prennent en charge et de maîtriser l'évolution des dépenses de santé globalement. Si on laisse payer tout et n'importe quoi... Michel CHASSANG a parlé tout à l'heure d'un certain nombre de tarifs : c'est la situation dans laquelle on se trouve aujourd'hui.

Il existe dans le secteur de la santé un paradoxe formidable en matière d'économie : la concurrence pousse à dépenser de plus en plus. Les complémentaires se font concurrence et veulent donc prendre de plus en plus en

charge les dépassements. Cela solvabilise des dépassements importants alors qu'au contraire elles devraient aider à maîtriser et contenir l'évolution des dépenses de santé, qui sont un problème de fond pour notre pays. Une bonne mutuelle n'est donc pas une mutuelle qui rembourse tout et n'importe quoi et beaucoup. Une bonne mutuelle réfléchit à ce qu'elle fait et pèse ce qu'elle rembourse. Il est très important de donner cette information au public pour qu'il puisse réfléchir à cela.

Vous avez vu récemment que de plus en plus de taxes tombent sur les adhérents mutualistes, car taxer des contrats signifie taxer les personnes qui les payent. Il y a eu, il y a deux ans, une taxe de 3,5 % pour contribuer au fonds CMU, l'an dernier une taxe pour la grippe et cette année on nous annonce déjà (au minimum !) une nouvelle taxe sur les contrats des complémentaires santé, qui n'existait pas. Ils n'étaient pas taxés car les mutuelles avaient un rôle social.

La réglementation européenne a poussé à ce que tous les contrats d'assurance quels qu'ils soient (qu'il s'agisse d'automobile, d'incendie ou de santé) soient taxés et on a exonéré les contrats de complémentaires santé s'ils étaient responsables, donc s'ils respectaient un certain nombre de contraintes, d'obligations ou de bonnes pratiques, comme notamment suivre le parcours de soins coordonnés et assurer une meilleure qualité des soins.

Le gouvernement semble vouloir proposer au Parlement de revenir, en partie pour l'instant, sur cette exonération pour pouvoir taxer à 3,5 % (mais on peut craindre que cela augmente) ces contrats dits responsables, ce qui aura deux inconvénients. Premièrement, cela coûtera obligatoirement plus cher à tous les adhérents. C'est une taxe que quasiment tous les Français vont payer puisque presque tout le monde a un contrat de complémentaire santé ; ce sera un nouvel impôt. Deuxièmement, cela tourne le dos à la pratique des contrats responsables et donc à une pratique plus ou moins vertueuse. Cela donne un signal très négatif et n'est pas une bonne chose.

Je voulais insister sur ce point car sur les complémentaires et les mutuelles pèsent tous les ans des taxes nouvelles, ajouté à cela l'évolution des postes de santé et les transferts de charges, ce qui fait qu'immanquablement les tarifs augmentent, avec de plus en plus d'exclusions des soins et des problèmes d'inégalité face à l'accès aux soins.

Un problème de fond se pose aussi, notamment par rapport aux dépassements d'honoraires, que l'on peut aussi appeler compléments d'honoraires. Michel CHASSANG a refait l'histoire du secteur 2 et c'est ainsi que cela s'est passé. Nous l'avons vécu ; c'est notre génération. Les dépassements, qui étaient un petit problème, deviennent maintenant un problème très important à raison de 2 Md€. Il y a des niveaux de dépassement très

importants et c'est un vrai problème d'accès aux soins. Un tiers des dépassements sont pris en charge par les complémentaires et deux tiers par les ménages eux-mêmes, ce qui pose un vrai problème d'accès aux soins et de coûts. Cela génère des inégalités sociales.

Les dépassements d'honoraires et leur niveau sont différemment répartis géographiquement, mais on peut dire qu'aujourd'hui en France il est quasiment impossible de trouver un chirurgien qui ne soit pas en secteur 2 ou en DP. Cela pose un vrai problème d'accès aux soins et un problème politique au sens noble du terme par rapport à l'organisation de notre système de santé.

Que proposons-nous par rapport à cela ? Premièrement, le secteur 2 a été créé par la loi donc il n'a rien d'illégal, mais il faut maîtriser les dépassements. On remarque qu'ils touchent le privé et le public. On en voit dans les hôpitaux, faire payer l'hôpital public étant un non-sens qui a été dénoncé un certain nombre de fois, mais c'est ainsi. Le niveau de dépassement est souvent encore plus important dans le public que dans le privé. On voit des niveaux de dépassement chez les grands patrons, à Paris notamment, qui sont totalement injustes et délirants.

La mutualité et les mutuelles font deux propositions dans ce cadre. Premièrement, comme l'a dit le directeur de la clinique Mathilde, un certain nombre de mutuelles ont mis en place des conventionnements avec des établissements publics et privés et nous voulons les étendre. Nous voulons aller vers un conventionnement national et proposer aux établissements publics et privés un conventionnement permettant trois choses :

1. Assurer aux adhérents que les établissements qui sont conventionnés respectent des critères de qualité.

2. Maîtriser l'évolution des dépassements, comme cela a été dit pour la clinique Mathilde à Rouen tout à l'heure.

3. Gérer le tarif des chambres particulières. Cela peut paraître secondaire mais ne l'est pas du tout. Un certain nombre de tarifs augmentent dans des établissements non seulement privés mais aussi publics. Le fait de faire payer les chambres particulières devient une source de revenus annexe qui n'est pas négligeable. De grands hôpitaux publics ont triplé en un an ce revenu, qui devient une ressource accessoire de plus en plus importante que payent les complémentaires et les ménages. C'est aussi une fuite dans le système.

Michel CHASSANG a parlé du secteur optionnel. L'accord qui a été signé le 15 octobre 2009 contient un certain nombre de clauses qui font qu'il n'atteint pas ses objectifs pour nous, c'est-à-dire un passage du secteur 2 vers le secteur optionnel... Des contrôles ont été mis en place pour éviter une fuite du secteur 1 vers le secteur optionnel alors qu'il faudrait un passage du secteur 2 vers le secteur optionnel. Pour vous dire la vérité, nous

aurions même souhaité à la mutualité qu'à terme le secteur optionnel remplace le secteur 2.

Nous ne voulons pas que le secteur optionnel évite une évolution de la nomenclature et de la rémunération des actes. Il ne faudrait pas que l'Assurance Maladie obligatoire se décharge sur les complémentaires et les ménages de l'évolution des tarifs, ce qui est un risque majeur. Par ailleurs, nous voulons strictement en rester, pour l'instant et pendant un certain temps, aux trois spécialités qui posent vraiment des problèmes. Je répète qu'il y a dans le secteur optionnel des clauses de revoyure qui permettent de mesurer les évolutions. C'est une tentative pour maîtriser les dépassements, qui sont un vrai problème d'égalité sociale.

Je voudrais pour terminer revenir sur ce qu'a dit Michel CHASSANG sur la carrière des médecins libéraux. Je suis médecin libéral depuis très longtemps, et quand je me suis installé en tant que généraliste je me suis interrogé sur ma carrière professionnelle. Il est vrai que l'on n'est pas toujours rémunéré de la même façon, ce qui pose deux questions. Premièrement, le rôle d'une profession libérale est-il de permettre une carrière comme dans une autre profession ? Deuxièmement, puisque la question se pose de la rémunération des professionnels à travers les problèmes de dépassements, on pourrait se demander si l'on n'est pas à la fin d'un système.

Le système tel qu'il est organisé est-il bien adapté aux enjeux majeurs, à la médecine d'aujourd'hui et à l'évolution majeure des coûts ? Le déficit de l'Assurance Maladie devient abyssal. On voit à travers les mesures prises par le gouvernement que l'on rallonge de quatre ans le remboursement de la dette sociale, que l'on va donc transmettre à nos enfants, à nos petits-enfants et bientôt à nos arrière petits-enfants. Il va falloir se poser ensemble, entre médecins, payeurs, associations d'usagers et politiques, la question de l'organisation du système. Nous souhaitons que les échéances électorales qui se rapprochent nous permettent de remettre à plat le système, avec comme objectif que tous puissent accéder à des soins de qualité et de ne pas laisser des personnes au bord du chemin. Il faut aussi rémunérer correctement les professionnels – c'est important –, en faisant en sorte que les soins et la qualité soient accessibles à tous.

Marc HORWITZ : Merci Jean-Martin. Des questions sont arrivées par SMS. Une personne dans la salle a fait remarquer que selon un rapport récent de l'IGAS les dépassements d'honoraires sont plus nombreux dans le public que dans le privé, en tout cas en termes de chiffres.

Quelqu'un a demandé – on se dit que vous le savez mais visiblement ce n'est pas toujours le cas – ce que sont le CISS, la CNAMTS et la CSMF.

Dr Michel CHASSANG : CSMF signifie Confédération des syndicats médicaux français.

Christian SAOUT : CISS signifie Collectif inter associatif sur la santé.

Marc HORWITZ : Quant à la CNAMTS, il s'agit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Il a également été demandé si le privé n'est pas plus pénalisé par les dépassements d'honoraires que le public. Peut-être Jean-Luc DUBOIS peut-il répondre très rapidement.

Jean-Luc DUBOIS : On s'aperçoit qu'aujourd'hui un plus grand nombre de praticiens du secteur 2 pratiquant des dépassements sont dans le privé. C'est dans le public limité à un petit nombre. Cela concerne en général le chef de service ou son agrégé, avec des dépassements d'un montant parfois très important. C'est la raison pour laquelle on s'aperçoit que dans un établissement de province on n'atteint jamais que le premier ou le deuxième décile des chiffres de l'IGAS par rapport au secteur public.

On pourrait ajouter – cela me paraît être une petite anomalie – que dans le cadre d'un acte réalisé dans le secteur public en dépassement d'honoraires le médecin est salarié, l'ensemble de la rémunération de l'Assurance Maladie à travers ce que l'on appelle le groupe homogène de séjour incluant à ce titre cette rémunération. C'est notre Assurance Maladie qui va rembourser à nous assurés sociaux la globalité de ce GHS auprès de l'établissement hospitalier, qui de plus va facturer un acte CCAM auprès de la même Assurance Maladie, plus un éventuel dépassement d'honoraires dans le cadre d'un exercice privé. Cela représente en fait le double paiement d'un même acte par l'Assurance Maladie.

Marianne NOURY : Je suis représentante des usagers de plusieurs établissements publics et privés de l'Hérault. Vous avez parlé de compléments plutôt que de dépassements d'honoraires : j'approuve complètement cette formule. J'ai exercé une profession libérale et je sais ce que c'est. Je sais aussi qu'un professionnel libéral a une obligation de moyens et non de résultat.

J'ai aussi entendu parler de gros sous : je vais plutôt vous parler de déontologie. Ce système de compléments d'honoraires est à mon avis arrivé à un stade où il est pernicieux, c'est-à-dire qu'il a des effets pervers, comme tout système. Il est donc temps de le réformer ; je suis également d'accord sur ce point. Le premier intervenant a dit que cela faisait mal au porte-monnaie des usagers : je dirais que cela fait mal au porte-monnaie de ceux qui peuvent payer.

Je m'explique. Je suis peut-être le porte-parole des minoritaires. J'ai en effet entendu et noté avec satisfaction que 8 % des Français n'ont pas de mutuelle, or j'en fais partie. Je rappelle que les chirurgiens n'ont pas le droit de facturer des compléments d'honoraires à des personnes qui sont en CMU complémentaire, qui sont acceptées dans les cliniques privées. Je tiens à souligner cela. Un chirurgien qui est dans ce cas ne facture pas de complément d'honoraires mais la qualité diminue. Je n'ai pas eu mal au porte-monnaie : j'ai eu mal à mon corps ! *(Quelques applaudissements)*.

Dr Hélène LOGEROT : Bonjour. Je suis conseiller médical de la FEHAP (Fédération des établissements privés non lucratifs). Je voudrais poser une question à M. COHEN SOLAL. Je suis tout à fait attentive à ce qu'il a évoqué en matière de conventionnements avec les établissements. De manière anecdotique, dans nos établissements privés non lucratifs, dans la très grande majorité des cas, il n'y a aucun reste à charge pour le patient, même quand il rencontre un professeur. Ce qui m'a beaucoup intéressée est la notion de conventionnements basés sur des critères qualité : quels sont-ils ?

Raymond MARI (UFAL) : J'ai entendu des choses surprenantes, et notamment les pudeurs du Dr CHASSANG, qui préfère parler de compléments que de dépassements. En tout état de cause, compléments ou dépassements, ce sont 6,5 Md€ qui pèsent sur la capacité de se soigner quand on est malade puisque les mutuelles et les organismes d'assurance privés ne prennent en charge qu'à 30 %.

Le Dr CHASSANG justifie le secteur des honoraires libres en disant qu'une différence s'établit entre le coût des actes et leur prix. Je ne sais pas d'où il sort ses chiffres mais ils me paraissent extrêmement contestables étant entendu que quand on examine le niveau du revenu des médecins, qui ont d'ailleurs le droit d'en avoir un tout à fait conséquent compte tenu de leur rôle et de leur investissement personnel, on ne peut pas dire, y compris par rapport à son évolution, que cette catégorie soit particulièrement défavorisée en France.

Ce n'est pas le secteur optionnel qui va régler le problème puisqu'il est une escroquerie intellectuelle. Pourquoi ne pas accepter un changement de rémunération des soins, Monsieur CHASSANG en particulier ? Ce serait une solution pour éradiquer totalement les dépassements d'honoraires et permettre aux malades de se soigner.

Dr Jean-Martin COHEN SOLAL : Nous allons dans le cadre des conventionnements dont j'ai parlé travailler aussi avec toutes les fédérations hospitalières.

Concernant les critères qualité qui ont été évoqués, nous allons demander la certification et nous baser sur des critères de qualité publics et officiels. Nous allons

rencontrer les différentes fédérations et échanger avec elles à ce sujet au cours du dernier trimestre.

Marc HORWITZ : J'ai une question complémentaire : la certification fonctionne-t-elle aussi pour le secteur privé ou uniquement pour le public ? (*Protestations*).

Dr Michel CHASSANG : Tout d'abord, concernant la CMU, il est clair, net et précis que les médecins n'ont pas le droit de faire de dépassements d'honoraires auprès des patients relevant de la CMU. Ceux qui le font sont sanctionnables et relèvent d'un certain nombre de dispositions conventionnelles et réglementaires.

Ceci étant dit, je voudrais ouvrir une très petite parenthèse sur le sujet, qui est très important : les caisses d'Assurance Maladie feraient également bien de balayer devant leur porte et de tout mettre en œuvre pour honorer correctement le médecin, c'est-à-dire en temps et en heure et sans tracasseries pour les patients qui sont en CMU. Elles devraient se faire un honneur de payer rubis sur l'ongle tous les honoraires relatifs aux patients relevant de la CMU afin de faire en sorte que le moins de problèmes possibles se posent.

Par ailleurs, je suis désolé, je n'ai pas le temps de développer, mais il est d'une évidence totale qu'un décalage s'est créé au fil du temps entre la valeur des actes et leur remboursement. Pour être très précis et concret, chacun connaît le prix d'une paire de lunettes : c'est exactement le même sujet. Tout le monde connaît le prix d'une prothèse dentaire et le montant de son remboursement. Sachez qu'il en va de même pour la plupart des actes chirurgicaux ; je suis prêt à vous le démontrer quand vous voulez preuves à l'appui.

Dans la salle : Vous avez signé la CCAM ?

Dr Michel CHASSANG : Oui, justement, j'ai signé la CCAM et nous l'avons valorisée en quelques années...

Marc HORWITZ : Peut-on traduire ?

Dr Michel CHASSANG : Il s'agit de la réforme de la nomenclature d'un certain nombre d'actes, y compris chirurgicaux, parce qu'ils étaient sous-évalués, et ce n'est pas terminé. Les actes chirurgicaux ont connu une progression de 25 % mais ce n'est pas suffisant et cela ne correspond pas à la réalité. Il faut que vous le sachiez. On peut dire des choses mais il y a des faits réels et incontestables.

Concernant le revenu des médecins, si votre désir, Monsieur, est de rentrer dans une problématique de ce type, on n'en sort plus. Franchement, trouvez-vous anormal que quelqu'un qui a fait dix ou quinze ans d'études, qui travaille en ayant des responsabilités

considérables... Les médecins travaillent en moyenne en France 60 heures par semaine en dehors des gardes ! Trouvez-vous anormal qu'ils gagnent correctement leur vie ? La question est posée.

Raymond MARI (UFAL) : J'ai dit le contraire !

Dr Michel CHASSANG : Je finis Monsieur ! Par ailleurs, les médecins libéraux gagnent moins dans leur carrière que leurs confrères hospitaliers ; il faut que vous le sachiez ! Il faut tout connaître. Sur la durée d'une vie, lorsqu'un médecin est malade, il n'est pas payé pendant trois mois ; il n'a pas droit aux indemnités maladies. Ce n'est pas le cas de son confrère hospitalier. De même, il touche quand il prend sa retraite un montant qui n'a rien à voir avec ce qu'il gagnait quand il était en activité, contrairement à son confrère salarié. Contrairement à ce dernier, l'évolution de sa carrière suit pendant toute sa carrière une courbe de Gauss, c'est-à-dire qu'il évolue jusqu'à 40-45 ans, avec un plateau jusqu'à 55 ans, puis il décline jusqu'à sa retraite. C'est cela la réalité pour un médecin libéral aujourd'hui, et ce n'est pas pour rien qu'il y a une crise des vocations. Et ce sont avec des propos de ce type que vous allez encourager ceux qui veulent embrasser la carrière salariée ? ! Si la solution à vos problèmes est de salarier les médecins, c'est simple, ils y sont favorables ! Cependant, la société est-elle capable de payer cela ? Je ne pense pas. Est-ce l'intérêt des patients ? Certainement pas ! Il est indispensable de conserver un système libéral digne de ce nom et en tout cas, une saine concurrence entre le privé et le public. Je le pense profondément en tant que médecin mais encore plus en tant que patient ! (*Applaudissements*).

Marc HORWITZ : Voilà qui est dit en tout cas, et approuvé par une grande partie de la salle.

Mme HOMO (Ligue contre le cancer à Evreux) : Ce qui me fait peur est l'exode des médecins. Ils préfèrent travailler à Paris ou dans des régions où les dépassements d'honoraires sont très importants, mais en Haute-Normandie – personne ne pourra dire le contraire – nous sommes en manque de médecins.

Alain-Michel CERETTI : Les dépassements d'honoraires sont des sujets de saisine du médiateur de la République mais très peu dans le secteur libéral. En d'autres termes, les patients comprennent la règle du jeu. Ils savent qu'ils vont payer quand ils vont dans une clinique, alors qu'a priori à l'hôpital ce ne sera pas le cas. C'est quand ils ont à le faire, notamment quand ce n'est pas à Paris... Car à Paris vous avez le choix. Si vous avez un problème de prostate et que l'on vous demande

beaucoup d'argent, vous savez qu'en allant voir un autre hôpital parisien, que ce soit l'AP-HP ou un hôpital participant au service public, on vous fera une offre. En revanche, quand dans une ville moyenne il existe un seul service, dont le chef prend des dépassements d'honoraires importants, cela pose un problème d'accès aux soins spécifiques.

Je terminerai en disant que le dysfonctionnement – pour ne pas dire le non-fonctionnement total – dans un certain nombre d'établissements des commissions d'activité libérale pose un vrai problème. Je trouverais assez légitime que les associations souhaitent s'inviter dans ces commissions afin qu'il y ait de la transparence. Je pense que sur ces sujets plus l'on sera transparent, plus les abus s'arrêteront, car c'est bien d'abus qu'il s'agit, plus que de la notion de dépassement d'honoraires.

M. HANRIAT : Je suis secrétaire du CISS PACA. J'ai été très sensible aux interventions mais je pense que l'on s'est beaucoup écarté de l'usager. J'ai trouvé que l'on se focalisait énormément sur le problème des médecins. *(Applaudissements)*.

Je voudrais aussi rappeler la désertification des zones rurales, avec des problèmes de médecins libéraux. Il faut penser que la France n'est pas que Paris par rapport à l'accessibilité aux soins. *(Applaudissements)*.

Marc HORWITZ : C'est ce que disait la personne de la Ligue contre le cancer de l'Eure.

François FROMM (clinique de l'Orangerie de Strasbourg) : Je voulais justement lui répondre. Les médecins ne s'installent pas à la campagne non pas parce que ceux de la ville ont droit à des honoraires faramineux mais tout simplement parce qu'ils veulent que leurs enfants aillent à l'école en ville. Je voudrais aussi remercier M. CHASSANG pour son intervention.

M. TAISNE : Je suis vice-président de l'association Vie libre et représentant des usagers à l'hôpital de Longjumeau. J'ai été choqué par les propos de M. CHASSANG quand il a évoqué la concurrence entre le privé et le public. Je trouve au contraire en tant qu'usager que le public et le privé devraient marcher main dans la main par rapport aux usagers, car le pauvre usager ne sait plus où aller.

Dr Michel CHASSANG : Il faut qu'il fasse confiance à son médecin traitant !

Jean-Luc DUBOIS : Le Dr CHASSANG est comme moi : nous parlons de saine concurrence quand nous parlons de concurrence, et donc d'une émulation qui ne peut

aller que vers la qualité des soins, qui est bonne pour l'usager. À l'inverse, on sait que tout système monopolistique va nous conduire à un système médiocre. D'ailleurs, notre ministère de la Santé et notre État l'ont bien compris, et ils attisent cette concurrence afin que nous ayons des soins de la meilleure qualité possible.

Daniel BIDEAU : Je suis à Clermont-Ferrand puisque, comme de nombreux représentants de l'UFC Que choisir, je suis sur le terrain. Je voulais simplement dire que la complémentarité entre le public et le privé existe. Je sais que s'agissant des soins d'urgence une clinique travaille sur les urgences de la main dans l'agglomération et que beaucoup d'autres urgences sont orientées vers des cliniques privées en fonction de leur spécialité. Je crois qu'une complémentarité est possible. Je me méfie énormément de la concurrence, ou alors il faut qu'elle s'appuie sur des critères très précis en matière de sécurité et de qualité des soins.

Marc HORWITZ : La conclusion de cette première table ronde revient à Christian SAOUT, président du CISS.

Christian SAOUT : C'est très aimable à vous de m'avoir proposé de conclure car cela m'évite de tomber dans les chausse-trappes de paroles un peu acides ou corrosives, et je ne tomberai pas dans l'écueil dans lequel M. CHASSANG a confiné un certain nombre des interlocuteurs. Je vais essayer de faire une synthèse. Il me semble que d'un premier point de vue chacun a bien défini les défauts du système de dépassements d'honoraires et en tout cas les contradictions, les contraintes et les difficultés sur lesquelles il butte. Du point de vue de l'usager, cela porte atteinte au droit du choix puisque dans certains endroits on n'en a pas d'autre que d'aller chez un professionnel à dépassements d'honoraires, ce qui est une difficulté par rapport à l'accès aux soins.

Une deuxième difficulté a été pointée : le poids que cela a sur l'activité des établissements privés, qui par conséquent ont plus de difficultés à trouver une clientèle parce qu'elle est tout simplement moins solvable.

Il existe aussi un troisième réel problème : l'influence que cela a sur le prix des complémentaires. Même si Jean-Martin COHEN SOLAL a voulu dire que ce n'était pas leur principal argument de vente, cela a beaucoup été le cas pendant longtemps : « Venez chez moi : je vous paierai plein pot ». C'est probablement une erreur qui a été faite mais qui a tiré les prix vers le haut et aujourd'hui celui des complémentaires augmente.

Une quatrième difficulté est le fait qu'un certain nombre de personnes ne sont plus en mesure de payer des complémentaires, que ce soit à titre individuel ou

qu'il s'agisse de la protection entrepreneuriale, qui ne peut plus suivre le prix d'un certain nombre de contrats collectifs parce qu'il augmente considérablement, ce qui pèse sur la rentabilité de l'entreprise.

D'autres problèmes se posent que l'on peut essayer de pointer aussi, comme la volatilité des clientèles entre les complémentaires, qui devient de plus en plus importante. Le point de vue consumériste avance un peu quand même et chacun cherche à trouver la meilleure couverture même si la comparaison des tarifs est compliquée.

Le dernier défaut de ce système est qu'il n'existe pas de parallèle entre le dépassement et la qualité. La qualité est parfois au rendez-vous mais parfois ce n'est pas le cas et il est difficile de le savoir a priori. Cela pose des questions sur la légitimité du dépassement. Il me semble que les défauts du système ont été assez bien pointés.

Je voudrais maintenant me consacrer aux solutions. Elles ont en effet été esquissées mais je vais dans un but de clarté les reprendre les unes après les autres. La première est l'intégration des dépassements d'honoraires dans la dépense d'Assurance Maladie. Après tout, 2 Md€ de dépassements sur 174 Md€ de budget de l'Assurance Maladie sont-ils inabsorbables ? Ne pourraient-ils pas être ajoutés ? La difficulté est que si on le fait une fois on peut se demander s'il ne faudra pas le refaire une deuxième ou une troisième fois, en augmentant ce faisant considérablement la dépense. C'est une première hypothèse, qui consiste à réviser la nomenclature et à l'ajuster au fameux prix réel dont a parlé Michel CHAS-SANG. Cependant, il y a aussi, à l'inverse, des prix qui ne sont plus justifiés. Peut-être était-il justifié de payer des radios extrêmement cher à l'époque où elles contenaient de l'argent mais garder le même prix alors que tout est numérisé ne se justifie peut-être plus. En tout cas, la question du juste prix peut être une voie de sortie.

La deuxième est celle d'un conventionnement un peu rampant à la rouennaise, qui consiste à regarder comment trouver des solutions dans un bassin donné. C'est une sorte de secteur optionnel qui ne dit pas son nom à la vérité.

Enfin, la troisième solution est celle d'un vrai secteur optionnel, qui pour le coup postule pour un partenariat extrêmement étroit entre l'Assurance Maladie de base et l'assurance complémentaire, dans une vraie tentative de juguler à la fois les questions de qualité et de prix.

Ces trois solutions sont assez bien connues. Je pense qu'elles ont des avantages et des inconvénients et que l'honneur d'une société comme la nôtre serait de les mettre en balance dans le débat public. C'est là que je sortirai de ma réserve de personne chargée de faire la synthèse, pour dire que du point de vue d'un représentant d'usagers, ce que je continue à rester malgré

tout, le sujet est la mise en débat de cette question en société.

La société civile et les citoyens ne sont pas en discussion sur ce sujet. Cela reste malgré tout une affaire de représentants des professionnels, de payeurs, de complémentaires, etc. mais ce n'est pas un sujet de société. Je voudrais vraiment inviter les uns et les autres à faire en sorte que ce sujet devienne un débat du rendez-vous 2012, puisque c'est à l'évidence ainsi que cela peut se positionner.

Il me semble que les questions de santé et la place qu'elles occupent dans les préoccupations des Français valent que l'on en parle autrement que de la manière dont on l'a fait en 2007. Souvenez-vous : dans le débat public de 2007 entre les deux candidats à la présidentielle, la santé c'était finalement l'un qui disait à l'autre : « Oui, mais moi je ferai un plan Alzheimer ». Ce n'est plus le sujet, même s'il faut répondre à cette question. Cela dépasse évidemment cette seule question. La vraie question est de vouloir vivre ensemble et de comment faire une société ensemble. Il me semble que c'est sur cela qu'il faut essayer de travailler d'ici l'échéance de 2012, pour ne pas nous retrouver avec un débat à mi-mandat, avec un traitement du sujet de l'Assurance Maladie aussi polémique que celui du sujet de la retraite aujourd'hui. *(Applaudissements)*.

Lamine GHARBI : Je suis gêné par l'intervention de M. CERETTI – même si je la partage, l'entends et la conçois – quand il dit que l'on sait que lorsque l'on va chez nous, en clinique privée, on doit payer, alors que l'on sait que quand on va à l'hôpital on ne doit pas le faire. C'est vrai mais seulement en partie et j'aimerais que ce soit de moins en moins le cas. Comme tu l'as dit Michel, il n'y a pas de dépassements d'honoraires pour la CMU, ni pour les urgences.

J'aimerais avoir le retour de la salle et de vous qui représentez les usagers. J'affirme haut et fort que les dépassements d'honoraires sont un frein à notre développement et à l'égalité des chances et des soins. Je le pense et en tribune j'ai l'occasion de me fâcher, en toute amitié car les débats sont vifs mais toujours courtois. Nous essayons d'avancer pour le bien-être de tous. Avez-vous des témoignages d'usagers qui vous ont dit qu'ils n'avaient pas pu se faire soigner dans l'établissement qu'ils souhaitaient parce qu'ils ne pouvaient pas payer le dépassement d'honoraires ? Cela permettra une synthèse sur cette thématique.

Marc HORWITZ : Je pense que nous reparlerons de ce sujet lors de la dernière table ronde de ce soir. Les témoignages seront évidemment les bienvenus. ●

ENSEIGNEMENTS DE L'ÉTRANGER

L'UNIVERSITÉ DES PATIENTS : UNE INITIATIVE À ENGAGER EN FRANCE ? L'EXEMPLE ALLEMAND

Marc HORWITZ : Deux tables rondes se tiendront cet après-midi après la présentation d'une expérience. Nous allons jouer les funambules. Mme DIERKS, qui est directrice de l'Université des patients de Hanovre, en Allemagne, va nous raconter de quoi il s'agit. Cela nous interroge tous, nous Français. Le jeu est un peu compliqué parce que le Pr Marie-Luise DIERKS ne parle pas français mais elle a une traductrice. Elle va nous faire une présentation en allemand, puis vous pourrez poser vos questions, évidemment en français. Nous bénéficierons d'une traduction synchronisée. Merci à Sandrine CARTIER d'être aussi là pour cela.

Pr Marie-Luise DIERKS : Bonjour Mesdames et Messieurs. *[Applaudissements]*.

[Interprétation] Je ne peux malheureusement pas en dire plus en français. Je vous remercie beaucoup pour votre invitation et me réjouis de pouvoir vous présenter notre projet : l'université des patients dans une faculté de médecine. C'est quelque chose de particulier parce que dans une faculté de médecine on forme normalement des médecins ou des infirmières. Nous avons pour notre part décidé d'y former des patients.

L'un des objectifs les plus importants est ce qu'apprend notre nouvelle génération de médecins, c'est-à-dire communiquer un peu mieux avec les patients, qui doivent apprendre comment fonctionne le corps humain, où se situent les organes et comment le corps humain fait pour tomber malade ou au contraire rester en bonne santé. Ce qui est particulièrement important pour nous est d'avoir affaire à des patients qui deviendront responsables, adultes et majeurs. Ils doivent apprendre quels sont leurs droits et à aller chercher des informations ainsi qu'un appui et un soutien lorsqu'ils éprouvent des difficultés à naviguer dans le système de santé.



PR MARIE-LUISE DIERKS
DIRECTRICE DE L'UNIVERSITÉ
DES PATIENTS DE HANOVRE

Notre université des patients a été fondée en 2006. Il est important de remarquer qu'elle est ouverte à tous et indépendante, notamment par rapport à tous les groupes représentant des intérêts divers et à l'industrie pharmaceutique. Cette université est financée par les fonds propres de la Faculté de médecine de Hanovre et par les contributions des participants, dont je vous parlerai plus tard.

Elle n'est pas née de rien. Il existe des exemples internationaux dont nous nous sommes servis. Un collègue des États-Unis a eu, il y a déjà de nombreuses années, l'idée de fonder ce que l'on appelle une école MiniMed, cette initiative ayant donné lieu à plusieurs copies. On m'a dit qu'en France aussi il existait ce que l'on appelle une université nationale des patients.

L'idée du Dr COHEN était très simple aux États-Unis : il a mis sur pied des cours pour les patients et les a invités à s'y rendre. Cette idée a eu énormément de succès. Beaucoup de patients ont souhaité participer à ces conférences. C'est la raison pour laquelle nous avons repris cette idée à notre compte, mais pour nous un cours magistral ou une conférence ne suffisaient pas. On sait très bien que quand on assiste à une conférence ou un cours magistral et que l'on rentre chez soi après on n'en a retenu finalement qu'une très petite partie. C'est la raison pour laquelle nous avons besoin de méthodes spécifiques qui permettent de mieux ancrer ces connaissances. Il ne suffit pas pour apprendre d'écouter ou de voir.

Il faut également avoir la possibilité d'expérimenter, c'est-à-dire apprendre avec tous ses sens. C'est une approche pragmatique de la médecine. C'est la raison pour laquelle nous avons besoin de personnes qui vont entrer en dialogue avec les patients dans notre université des patients. Nous avons donc monté un système de tutorat, ce qui est assez facile à faire dans une faculté de médecine puisque ce sont de jeunes étudiants de médecine qui assurent les fonctions de tuteurs. Nous nous exerçons donc avec les étudiants, pour leur apprendre à communiquer avec les patients et à s'exprimer de manière compréhensible afin de faire passer les informations, ce qui est une excellente préparation pour leur métier, en tout cas nous l'espérons.

Les séries thèmes que nous abordons avec nos patients s'articulent autour des organes.

Pour bien comprendre le concept que je vais vous présenter, imaginez par exemple que nous retenions le thème du cœur. 353 personnes sont invitées à participer au cours sur le cœur. La première partie du cours est constituée d'une présentation, un expert de la clinique professeur émérite intervient, lui ou elle fait sa conférence, puis le public a le droit de poser des questions et ensuite on passe à ce que nous avons appelé la médecine « audible, visible et palpable ».

Nous avons mis sur pied plusieurs stations d'apprentissage, les participants allant de l'une à l'autre pour réaliser des travaux pratiques, avec chaque soir de 15 à 20 stations de travaux pratiques. On peut tous les soirs regarder quelque chose au microscope, comme une section de l'organe en question d'un animal. Il y a également des mannequins. Nous faisons des expériences et nous informons les participants sur ce qu'il faut faire pour ne pas tomber malade ainsi que sur les droits des patients.

Je vais maintenant vous donner quelques exemples de ces différentes stations de travaux pratiques avec pour thématique le cœur. On a une première station où l'on peut observer avec un microscope les cellules du cœur. Nous montrons aussi quels appareils nous utilisons en médecine, et ce sont des médecins qui en font la démonstration. Dans les stations suivantes un pharmacien intervient et informe les patients sur les médicaments concernant le cœur ou bien sur les nouvelles thérapies existantes. On explique aussi grâce à un miroir comment on peut gérer une amputation et recréer un mouvement. Une autre station d'apprentissage aborde la prévention des maladies sous forme d'exercices : on montre et ensuite les participants imitent.

Nous avons aussi une station d'apprentissage des premiers secours et là aussi il s'agit de véritables exercices. On montre ici aux patients comment se servir

d'Internet pour y trouver des informations sur leur santé et à la fin de la soirée un test est organisé. Ainsi, chaque patient peut constater ce qu'il a appris. Des livres sont aussi présentés sur une table. Chaque semaine est organisée par thème (le foie, le système respiratoire et les poumons, etc.). Ceux qui souhaitent participer à ce cours doivent s'inscrire pour dix journées ; il y a dix thèmes. À la fin d'une session, ceux qui ont été assidus reçoivent un certificat qui est extrêmement important, tout particulièrement pour les participants.

Quelques mots encore sur l'expérience que nous avons réalisée jusqu'à présent. Qu'en retirons-nous après quatre ans ? La faculté de médecine profite énormément de l'effet de marketing dans la région. C'est une bonne nouvelle pour tous ceux qui gèrent des hôpitaux dans la salle. Ceux qui participent aux cours apprennent bien sûr des choses utiles pour eux donc ils en profitent, et tellement de personnes sont intéressées que nous n'arrivons plus à les faire entrer dans nos amphithéâtres. Nous pourrions organiser un cours comme ceux que je viens de vous présenter tous les jours, mais vous imaginez bien que l'organisation d'une telle soirée, avec toutes ces stations d'apprentissage, coûte beaucoup d'efforts à tous. Merci pour votre attention. *(Applaudissements)*.

Marc HORWITZ : Ce petit jeu entre le français et l'allemand n'était pas très facile. Merci à Sandrine CARTIER et à l'équipe de Véronique MOLIÈRES. Je pense en particulier à Rachel BILLOD, qui a passé une bonne partie de son week-end et de la nuit à traduire de l'allemand en français pour avoir un support écrit. C'était vraiment très intéressant. Mme DIERKS est venue de Hanovre pour cette présentation. Je pense que vous avez apprécié. Peut-être avez-vous quelques questions ?

Dr Alexandra FOURCADE : Comment recrutez-vous les patients ? Je voudrais savoir par ailleurs si par rapport à la prise en charge financière ce sont uniquement eux qui payent. 95 € multipliés par 10 n'est pas un montant négligeable.

Pr Marie-Luise DIERKS : Pour répondre tout d'abord à votre deuxième question, les patients payent 95 € pour dix cours. Ceux qui ont peu d'argent ne sont pas obligés de payer les frais ou ils n'en paient qu'une partie. Sinon, c'est la faculté de médecine qui paye. Nous comptons aussi bien sûr beaucoup sur les volontaires et l'engagement de certaines personnes. Nous espérons recevoir des fonds, entre autres du ministère. Le problème est que les caisses sont vides.

Marc HORWITZ : Cela vient-il du fédéral ou du régional en Allemagne ?

Pr Marie-Luise DIERKS : Ce sont les länders qui paient.

Marc HORWITZ : Donc le régional.

Pr Marie-Luise DIERKS : Nous avons fait paraître dans le journal un petit article indiquant que l'université des patients ouvrait ses portes et cela a fait boule de neige. Nous avons trois fois plus de demandes que de capacité, ce qui veut dire que l'intérêt pour la santé est énorme.

Intervenant : Bonjour. Je suis le président de l'Association des malades du syndrome de MacCune Albright. Nos malades posent quand ils sont en consultation des questions relatives à leur maladie. J'ai eu l'occasion d'organiser des échanges entre les médecins et les malades à l'issue desquels les médecins m'ont dit qu'ils avaient maintenant une autre façon de voir la maladie et les malades. Cela se passe-t-il de la même façon à la fin de vos formations avec vos étudiants ?

Pr Marie-Luise DIERKS : Nous espérons effectivement qu'après les choses changent. La manière de communiquer s'améliore, notamment en ce qui concerne les jeunes médecins qui travaillent comme tuteurs à l'université des patients et qui sont formés par nous pour apprendre à mieux communiquer avec leurs patients. Nous demandons aussi à nos patients d'évaluer six mois après leur participation à l'université des patients ce qu'ils ont appris et ce à quoi cela leur a servi. La plupart d'entre eux nous répondent qu'ils arrivent à mieux communiquer avec leurs médecins, c'est-à-dire d'égal à égal.

Daniel BIDEAU : Je voudrais connaître le coût réel de chaque session.

Pr Marie-Luise DIERKS : Nous avons absolument besoin du soutien continu de la faculté de médecine. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas encore fait le compte des coûts totaux pour l'instant. Nous avons aussi une subvention qui nous vient de projets de recherche, et par exemple nous ne calculons pas le coût des heures investies par les collègues qui participent à cette recherche. Les coûts en personnel représentent à peu près 100 000 € par an, mais une publicité dans le journal pour la faculté de médecine coûte à peu près le triple.

Marc HORWITZ : Je précise que cette expérience a reçu un prix très important qui lui a été remis par une fondation. Cela a aussi son importance dans le budget de fonctionnement de cette université.

Dr Hélène LOGEROT (FEHAP) : La question qui se pose est peut-être celle de différencier les associations d'usagers

qui représentent des patients atteints d'une maladie (le plus souvent rare ou chronique) des représentants des usagers, notamment dans les établissements de santé, qui ont peut-être davantage besoin de formations sur l'administration et l'économie de la santé, les modèles de financement et les contraintes des établissements. Je voudrais savoir si ce type de formation existe en Allemagne.

Pr Marie-Luise DIERKS : Ce que vous dites est très important. Je ne vous ai parlé aujourd'hui que de l'exemple d'une université de patients, mais bien entendu nous organisons aussi des cours pour par exemple ceux qui participent à des groupements d'entraide ou des consultants en matière de santé. Ce sont d'autres offres, avec des cours plus réduits, pour 20 à 30 participants, et des matières portant notamment sur la structure des systèmes de santé, l'économie de la santé, la politique de santé, etc.

Dr Monique DADOUN DYBAL : Ce que vous faites est très intéressant. Je n'aurais peut-être pas appelé cela université des patients, car il ne s'agit pas forcément de malades et parce que c'est une vulgarisation et non une éducation à une maladie particulière. C'est même à se demander pourquoi ce genre de chose existe. On devrait le faire systématiquement dans le cadre de l'enseignement scolaire au lycée ; toute la population serait formée.

Marc HORWITZ : On doit se réjouir au ministère de la Santé, car c'est un budget qui va passer à l'Education nationale. *(Rires)*. On passe de la rue de Ségur à la rue de Grenelle !

Pr Marie-Luise DIERKS : Je vais répondre à votre deuxième question pour commencer : nous allons aussi dans les écoles. C'est une université des patients en mouvement, roulante. Une partie de nos cours est transférée dans les écoles. Quant à votre première remarque, vous avez tout à fait raison : le nom de l'université des patients pourrait être différent. Nous avons par exemple aussi envisagé de l'appeler « université des citoyens », mais le terme citoyens est peut-être trop général. Nous souhaitons que l'on comprenne qu'il s'agit de santé. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes décidés pour le terme université des patients, qui est maintenant un label. Nous allons donc garder ce nom.

Marc HORWITZ : C'est un problème que nous connaissons entre les termes usagers, patients, patientèle, clientèle et clients. C'est quelque chose d'extrêmement fin et même dans les papiers de presse on est parfois un peu étonné de l'utilisation des termes usagers et patients, par exemple. J'en sais quelque chose. Je fais très attention et je me trompe très souvent. J'ai une

autre question : avez-vous une expérience de ce qu'il se passe en dehors de l'Allemagne ?

Pr Marie-Luise DIERKS : J'ai parlé des États-Unis, et cela a commencé aussi en Irlande, au Royal College of Physicians, et en Suisse, où l'on est en train de mettre sur pieds une université des patients. On nous a sollicités plusieurs fois au cours des derniers mois mais malheureusement la question financière est toujours épineuse.

Marc HORWITZ : Vous n'avez plus qu'à apprendre le français et à venir chez nous !

Intervenant : Ainsi les personnes n'auront pas besoin d'aller sur Internet pour ne comprendre que la moitié de ce qui est dit.

Marc HORWITZ : Cette université peut remplacer Internet, même s'il est très présent dans l'enseignement. Merci et bon retour à Hanovre ce soir. *[Applaudissements]*. ■

LA FORMATION DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS : UNE PRÉOCCUPATION DE TOUS

TABLE RONDE

Marc HORWITZ : Je vais demander aux différents membres de la table ronde de venir me rejoindre. C'est Annie LABBÉ qui va commencer. Elle est Déléguée Général du CISS en Île-de-France et va faire le constat de où l'on en est dans la formation et l'information des représentants des usagers. Quels sont les dispositifs existants ? Quelles sont les initiatives en cours ? Le Dr Alexandra FOURCADE nous présentera quant à elle les missions de la nouvelle Mission usagers de l'offre de soins de la DGOS (la Direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé). Nous irons ensuite sur le terrain, en Languedoc-Roussillon, avec deux intervenants : Dr Jean-Luc BARON, président de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée, et Pierre MAURETTE, directeur de la polyclinique Saint-Roch à Montpellier. Ils nous feront partager leur expérience.

Annie LABBÉ : Je suis effectivement déléguée générale du CISS Île-de-France et représentante des usagers dans différentes commissions : Commission de protection de la personne et la CRUQPC (Commission sur la qualité de la prise en charge) dans un établissement privé à statut commercial.

Je vais essayer de vous présenter le profil des actions, attentes et besoins des représentants des usagers. Je vais commencer par un petit rappel de la loi et l'importance de la légitimité des représentants des usagers. Cela a commencé lors de l'ordonnance du 24 avril 1996, qui a été suivie de la loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients, et enfin la loi de 2005 apportant la légitimité des représentants des usagers.

Je souhaite insister sur le fait que les représentants des usagers participent à de très nombreuses commissions dans tous les établissements de santé. Leur connaissance du terrain et leur proximité avec les malades sont



ANNIE LABBÉ
DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE
DU CISS ÎLE-DE-FRANCE



DR ALEXANDRA FOURCADE
CHARGÉE DE LA MISSION USAGERS
DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS)
DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ



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



PIERRE MAURETTE
DIRECTEUR DE LA POLYCLINIQUE SAINT-ROCH,
MONTPELLIER

de grands atouts. Ils sont même essentiels, sachant que bien souvent ce sont des proches ou des patients qui s'investissent, motivés par la maladie, la pathologie et l'envie d'être là pour montrer ce dont nous avons besoin et améliorer la qualité de la prise en charge à l'hôpital. Nous sommes tous concernés car un jour ou l'autre nous serons impliqués en tant que proche ou patient.

Je ne vais pas rappeler les différentes commissions dans lesquelles les représentants d'usagers sont présents. Elles sont très nombreuses et demandent compétence et temps. Il faut noter plusieurs difficultés dans la mise en œuvre de la participation des représentants d'usagers. Elle demande une grande disponibilité, essentiellement en journée. Le représentant ne vient pas sur son temps de travail et ne bénéficie pas de crédit d'heures, d'où une surreprésentation des représentants retraités et un absentéisme aux réunions non stratégiques.

À part quelques exceptions, le temps consacré à cette activité n'est ni rémunéré ni indemnisé. Nous avons beaucoup de problèmes pour nous faire rembourser les frais de transport ou même les repas.

Les décisions à prendre portent fréquemment sur des dossiers très techniques, d'où le besoin de formation. Les représentants d'usagers n'ont pas toujours des compétences hospitalières, sanitaires, comptables ou juridiques, d'où la nécessité de prévoir des formations spécifiques adaptées aux différentes situations et engagements.

Il faut savoir qu'en Île-de-France 2 000 postes sont à pourvoir. Seuls 700 postes sont pourvus. Les représentants d'usagers sont très souvent sollicités et participent donc fréquemment à de nombreux mandats, (parfois à six commissions ou plus) selon leur compétence et leur disponibilité.

Nous constatons un besoin de recrutement de représentants d'usagers tout en sachant que l'on ne peut pas s'improviser comme tel. Les formations théoriques sont plus souvent abordées par le CISS et les Régions mais nous observons un manque d'apports méthodologiques et comportementaux. Il est nécessaire pour nous de savoir construire des alliances pour porter la voix des usagers. Les représentants d'usagers ne se sentent pas assez confiants en face des politiques, des médias et même des professionnels. Ils ont une nécessité absolue d'accompagnement et, sans être utopique, nous pensons qu'il serait indispensable d'anticiper, de préparer des cycles en amont de la mise en situation effective. Il n'est pas du tout facile d'être représentant d'utilisateur, d'arriver dans un établissement ou une commission dont on ne connaît quasiment rien sur ce que l'on attend de nous, c'est très inquiétant d'autant que nous ne savons pas vraiment quelle est vraiment notre place.

Pour toutes les commissions il paraît indispensable de comprendre ce qu'est notre rôle, ce que l'on attend de nous. Je pense par exemple à la Commission de protection de la personne, dans laquelle je suis mandatée depuis maintenant plus de trois ans. Un grand problème se posait. Nous ne nous rendions pas du tout compte de ce que l'on attendait de nous en tant que représentant d'usagers puisqu'il s'agissait de protocoles de soins très complexes.

Nous avons au CISS Île-de-France et dans tous les autres CISS régionaux essayé de prendre position et d'être présents dans ces commissions. Cependant, nous avons immédiatement noté les complications et notre méconnaissance de ce cadre. Nous avons tout de suite sonné l'alerte. Immédiatement deux journées de formation ont été programmées et aujourd'hui chacun tient sa place, les professionnels, les spécialistes et nous, également experts dans notre mission et notre mandat, c'est-à-dire en ce qui concerne les RU, bien étudier et être vigilants sur la notice d'information du patient et son consentement éclairé... C'était surtout cela que l'on attendait de nous. Nous avons compris et peu à peu, sur le terrain, nous apprenons le reste, c'est-à-dire ce qui est demandé aux professionnels.

La représentation des usagers existe depuis maintenant de nombreuses années et cependant peu de RU peuvent prétendre prendre la parole avec aisance, d'où le besoin d'une sorte de tutorat de nos aînés. Beaucoup de représentants d'usagers sont présents depuis de nombreuses années et connaissent bien le terrain, sont experts dans leur mission et évidemment capables de nous accompagner dans ce qui nous est demandé, mais tout le monde n'a pas l'aisance de Christian SAOUT, de Nicolas BRUN ou de plusieurs représentants d'usagers qui sont peut-être présents dans la salle aujourd'hui, RU experts et très bons communicants. Il faut savoir en revanche que si nous pouvions obtenir ce tutorat, cette expertise et cet accompagnement nous ne serions plus aussi dépourvus et dépassés.

Pour en revenir aux CRUQPC, il est à noter que ces commissions devraient se réunir régulièrement, environ quatre fois dans l'année. On ne peut que constater malheureusement que cela se résume à une réunion par semestre voire par an, quand il y en a. J'ai eu quelques échos par rapport au fait qu'il est très difficile de mettre tout le monde en phase, c'est-à-dire de prévoir des réunions où tous les représentants professionnels ou RU puissent être présents, sachant que les CRUQPC sont indispensables et inscrites dans la loi de 2005.

Nous constatons la grande méconnaissance du rôle des représentants d'usagers par la population générale. Force est de constater le manque de connaissance du citoyen lambda sur ses droits et devoirs, d'où la nécessité d'organiser des journées d'information qui pourraient peut-être susciter des vocations (recrutement de représentants d'usagers). De plus, ces journées apporteront davantage de visibilité, de crédit, d'échanges et d'aisance aux RU.

Enfin, il nous faut afin de parvenir au but escompté, « le grand enjeu du rôle du représentant des usagers », des moyens financiers afin d'élargir et de peaufiner les formations, du temps des représentants experts pour assurer la transmission aux novices (ce qui est essentiel et d'une grande valeur), de la bonne volonté et de la persévérance pour nos représentants des usagers, et bien entendu la pérennité dans l'aide et le soutien de nos tuteurs, sans lesquels nous ne pouvons pas assurer la continuité de nos objectifs et missions. Je vous remercie.

Marc HORWITZ : Merci pour ce constat, qui est plein de questions et de demandes. Je ne doute pas un instant que le Dr FOURCADE va répondre à toutes.

Dr Alexandra FOURCADE : Je voulais vous remercier d'avoir donné l'opportunité à la nouvelle mission qui s'est créée au ministère de la Santé à la Direction générale de l'organisation de l'offre de soins de faire une présentation. Je ne vais pas répondre forcément à toutes les questions de

Mme LABBÉ, contrairement à ce que l'on me demande de faire. J'avais précisé que je venais ici non pas en spécialiste de la formation des représentants des usagers mais plutôt pour vous donner les grandes lignes de ce que nous voulons faire au ministère, sachant que je ne suis pas tout le ministère. Vous avez bien compris que le ministère, c'est compliqué. La Direction générale de l'organisation des soins est plutôt sur le champ hôpital-ambulatoire, la Direction générale de la santé s'occupant de la représentation des usagers notamment s'agissant du volet formation, puisque c'est elle qui subventionne les formations du CISS sur le plan national.

Il y a aussi un nouveau partenaire au ministère de la Santé, dont vous n'avez peut-être pas beaucoup entendu parler pour l'instant : le Secrétariat général des ministères sociaux. Il chapeaute toutes les directions et va être l'interlocuteur numéro 1 des actuelles Agences régionales de santé.

Je vais par rapport à ce paysage institutionnel essayer de vous donner un peu de visibilité sur ce que nous essayons de faire tous ensemble, car je pense qu'en tant qu'usagers vous vous moquez complètement qu'il existe une DGOS, une DGS et un secrétariat général. Il faut que nous travaillions plutôt sur la réponse aux besoins, sans tenir compte des clivages entre les administrations.

Je vais rappeler rapidement le contexte, car c'est important. La loi Hôpital, patients, santé, territoires a donné par rapport à tout ce qui avait été fait jusqu'à présent en matière d'usagers un nouvel élan à la participation des patients aux politiques de santé publique en général. Au-delà des établissements, dont on a beaucoup parlé, des CRUQPC et des conseils de surveillance, il faut savoir que les représentants des usagers sont présents dans toutes les instances en matière de politique de santé et notamment au sein de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie, qui va valider les programmes régionaux de santé. Il est important de se dire que vous allez avoir votre mot à dire sur les politiques et plans régionaux de santé.

Vous êtes également présents dans les conseils de surveillance des ARS, dans les établissements, et on a parlé ce matin des dépassements d'honoraires : vous êtes aussi dans les Commissions d'activité libérale. J'ai écouté avec beaucoup d'attention ce qui s'est dit sur les dépassements ou compléments d'honoraires ; nous n'allons pas entrer dans la sémantique. On voit bien qu'un problème se pose à l'hôpital public et en tout cas privé : celui des dépassements d'honoraires, la Commission d'activité libérale me semblant un lieu où ce type de sujet doit être débattu. J'ai bien relevé les expériences qui sont en cours dans les cliniques dont les représentants se sont exprimés ce matin.

La priorité stratégique des ARS : toutes les ARS ont une Direction de la démocratie sanitaire des usagers, en général en première ligne, rattachée à son directeur

général. On voit bien que la préoccupation de la démocratie sanitaire est présente dans les nouvelles organisations régionales.

L'objectif de la mise en place de ces agences est de simplifier le parcours du patient et en tout cas essayer de faire en sorte que toutes les institutions qui travaillent sur le soin, le médico-social et la prévention communiquent mieux entre elles et essaient de donner un peu plus de lisibilité, en tout cas pour les usagers, à un parcours de santé qui ressemble à quelque chose, et d'éviter qu'à chaque fois que l'on passe à un autre professionnel on ait à recommencer à informer pour qu'une coordination se fasse. Enfin, la loi prévoit – je passe vite sur ce point car il est un peu hors sujet – des dispositifs pour lutter contre les pratiques de refus de soins et de dépassements d'honoraires.

Concrètement, cet environnement réglementaire a conduit le ministère à repenser son organisation en interne, d'où la volonté de la nouvelle Direction générale de l'offre de soins de rendre plus lisible sa mission. Il s'agissait auparavant d'un « Bureau des usagers ». Je ne sais plus quel était l'intitulé ; peu importe. Beaucoup de choses ont déjà été faites avec vous, avec notamment un certain nombre de guides sur la façon de s'organiser dans une Commission de relations avec les usagers et un guide méthodologique sur les CRUQPC. Des recommandations ont aussi été données pour les rapports d'activité de ces CRUQPC. Beaucoup de travail a déjà été fait avec les équipes précédentes. J'ai repris début avril une mission qui est un peu différente des précédentes puisqu'il s'agit grosso modo de donner un peu plus de visibilité à ce que nous faisons jusqu'à maintenant, autour de quatre axes, le premier étant la communication et l'information. Nous nous apercevons en effet que beaucoup d'informations sont à donner.

Je vais vous donner des exemples concrets de ce que nous voulons faire en la matière. Il ne s'agit pas de créer de nouveaux droits mais déjà de faire connaître ceux qui existent. Nous recevons en effet au ministère de la Santé des courriers de patients qui font des réclamations qui devraient arriver en premier lieu à l'établissement concerné, or ils écrivent soit au président de la République, soit à la ministre. Cela redescend à la DGOS et nous sommes obligés de les transférer à l'établissement concerné pour qu'il réponde à la personne. Un problème se pose en amont. Les patients ne savent pas comment cela doit se passer quand ils ont un problème par rapport à l'organisation des soins ou à la thérapeutique. Nous avons beau avoir mis en place un organisme pour l'indemnisation des aléas thérapeutiques, des commissions régionales de conciliation, des CRUQPC, etc., il faut rendre tout cela lisible sous la forme d'un petit booklet. Il faut confier cette mission à des personnes qui font du marketing afin que ce sujet soit lisible et opérationnel pour tous les citoyens.

Par ailleurs, les nouvelles organisations des soins qu'inclut la loi HPST, notamment les maisons de santé pluridisciplinaires et en termes de partage des informations médicales et de communication de données notamment via la télé santé, vont générer un certain nombre de nouvelles règles en matière de partage d'informations entre professionnels qui aujourd'hui ne sont pas forcément strictement couvertes par le droit existant. Il va falloir accompagner ces transformations dans l'organisation des soins par des textes juridiques pour faire en sorte que soient respectés à la fois le droit à la confidentialité et le partage des informations entre les professionnels dans un souci d'efficacité.

Le troisième axe de la mission – là aussi c'est nouveau – consiste à suivre et évaluer l'application des droits. Je me suis rendu compte en arrivant dans cette mission de l'absence de remontées nationales des plaintes, par exemple dans les établissements de santé. Aujourd'hui tout le monde compte ses plaintes. J'ai vu ce matin que des établissements avaient fait l'effort, car c'est un travail complexe, d'analyser les motifs de réclamation, le délai avec lequel on y répond et les suites que l'on y donne. Cela existe rarement sur le plan régional. Certaines régions l'avaient fait via les DRASS à une certaine époque mais cela ne se fait pas de manière systématique dans toutes et en tout cas il n'existe rien sur le plan national.

Cela signifie, par exemple quand le médiateur de la République vous dit que la violence et la maltraitance à l'hôpital augmentent de x % sur 5 000 réclamations, qui ne sont qu'une petite partie émergée de l'iceberg, que nous sommes au ministère incapables de dire que c'est un fait réel que nous observons depuis dix ans, par exemple à travers des plaintes ou des enquêtes ad hoc. C'est un défaut majeur de la politique en matière de droits des patients, car si l'on veut qu'elle existe il faut d'abord savoir de quoi l'on part. Il faut se demander par exemple si l'on a quelques données sur l'accès au dossier médical – je veux parler de choses simples ; il ne s'agit pas de faire des usines à gaz –, des plaintes, etc. Il faut se poser quelques questions simples que l'on serait capable de documenter tous les ans par une enquête ou un sondage afin de savoir si les droits des usagers progressent en France et par exemple si nous sommes meilleurs ou moins bons qu'en Allemagne. Cela permettrait au moins d'avoir quelques indicateurs et données pour suivre ce qui est fait. On ne part pas de zéro mais je pense que l'on a beaucoup à faire sur ce sujet, étant entendu qu'il s'agit non pas de faire des choses compliquées mais d'utiliser ce que l'on a.

Enfin, le dernier objectif est la structuration des relations avec les partenaires. Je vous ai expliqué en introduction que la mission de la DGOS n'était qu'un petit morceau du puzzle assez compliqué de toutes les institutions qui travaillent sur les droits des usagers. Vous avez vu ce matin que le médiateur avait un discours extrêmement

volontariste : « Tout peut passer par le médiateur et demain le défenseur, donc adressez-nous vos courriers, vos plaintes, etc. ». Certes, mais il faut aussi pouvoir à un échelon institutionnel traiter un certain nombre d'informations. Il faut organiser ces liens avec le médiateur et évidemment les associations que vous représentez. Je vous rassure : le CISS est régulièrement rencontré par le ministère. Des réunions (d'ailleurs communes) ont lieu entre les trois directions principales que sont la Direction générale de la santé, la DGOS et la Direction de la sécurité sociale, notamment sur l'accessibilité financière. Nous rencontrons régulièrement les représentants du CISS et nous essayons à la fois de faire remonter des sujets qui vous préoccupent, vous usagers, et de vous soumettre un certain nombre de textes et de propositions qui vous concernent pour essayer de faire en sorte de prendre des décisions partagées avec vous.

Je vais passer très vite sur l'information. Il y a eu un certain nombre d'éditions de guides méthodologiques et un premier prix « droit des usagers » a été lancé par la ministre en 2010 auprès des établissements publics et privés, des associations de patients et de la médecine libérale. Je ne vous cache pas que nous avons reçu 70 dossiers dont la majorité provenait d'associations et d'établissements de santé mais très peu de la médecine libérale, ce qui n'est pas étonnant. Sur ces 70 dossiers, 7 ont eu un prix car ils étaient exemplaires en matière de projets permettant de valoriser les droits. Ils sont en ligne sur le site du ministère.

Je vous signale en matière de communication l'ouverture d'un espace usagers sur le site du ministère de la Santé, qui a l'énorme avantage de regrouper l'ensemble des informations sur les droits, qu'ils soient issus de la réglementation plutôt côté Direction générale de la santé ou DSS, etc. – c'est aujourd'hui un seul et même « pot commun », si je puis dire – et des forums de questions. Des questions très concrètes sont posées : Comment faire pour accéder au dossier médical ? À qui faut-il s'adresser quand on pense avoir été victime d'un accident médical ? etc. Ce sont des questions très pratiques que je vous invite à consulter. Faites-nous éventuellement des critiques et remontez-nous les informations que vous jugeriez utiles sur ce site. Nous sommes très preneurs de vos propositions. Enfin, le dernier avantage de cet espace est qu'il offre la possibilité d'avoir accès à des projets exemplaires. Par exemple, les 7 projets qui ont été primés dans le cadre du Prix droits des usagers en 2010 sont en ligne pour susciter éventuellement le partage d'expériences.

Personne n'en a parlé ce matin donc je voulais vous le signaler : nous avons une occasion assez exceptionnelle puisque la ministre a donné le tempo d'une année 2011 qui sera celle des patients et de leurs droits. Elle l'a annoncé lors de son discours à Hôpital Expo en avril

dernier, avec derrière ce slogan des choses un peu plus concrètes. Un premier sujet sera l'effectivité des droits : faut-il considérer que la Loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades a réglé tous les problèmes ou reste-t-il des choses à faire ? C'est Alain-Michel CERETTI qui est en charge de cette mission avec Laure ALBERTINI, qui s'occupe du droit des patients à l'AP-HP.

La deuxième thématique sera la bientraitance. On voit en effet qu'il y a un sujet autour de la maltraitance et de la bientraitance dans les établissements. L'idée de cette mission est de faire un état des lieux de la réalité du problème, de définir plus précisément ce dont on parle et de faire des propositions en matière d'amélioration des pratiques professionnelles. Elle est composée de Michèle BRESSAND, ancienne directrice des soins infirmiers de l'AP-HP, conseillère générale des établissements de santé, d'un médecin radiologue de l'est de la France, le Dr SCHMITT, et d'une psychosociologue, Martine CHRIQUI-REINECKE.

Le dernier thème est beaucoup plus prospectif : « le patient acteur de sa santé ». On pourrait inclure dans ce périmètre ce qui vient de nous être présenté sur l'Université des patients.

Il s'agit d'étudier l'impact qu'aura Internet et de manière plus générale le développement des nouvelles technologies de l'information, sur la relation entre les patients et les médecins demain et d'identifier d'éventuels risques à encadrer dans ces domaines. Développer une vigilance par rapport à un certain nombre d'outils qui sont mis en place, qui peuvent représenter un énorme bénéfice pour l'information des patients mais présenter éventuellement un certain nombre de risques, notamment sur le plan éthique et celui de la protection d'un certain nombre de données. C'est Emmanuel HIRSCH qui a été missionné pour cela – il est justement directeur de l'Espace éthique de l'AP-HP de Paris –, ainsi que Nicolas BRUN, que vous connaissez certainement tous, et Joël KIVITS, qui est sociologue. La coordination de ce dispositif a été confiée à deux rapporteurs, Christine D'AUTUME (IGAS) et Christian SAOUT, président du CISS et la présidence est assurée par Marina CARRÈRE-D'ENCAUSSE, médecin et journaliste. Tout cela va donner lieu à des rapports pour proposer un plan d'actions en 2011, dont j'espère nous pourrions nous féliciter, afin de faire avancer les droits des patients et la représentation des usagers. *(Applaudissements)*.

Marc HORWITZ : Vos différentes interventions ont généré quelques contestations dans la salle : nous donnerons évidemment la parole après. Peut-être pourrions-nous regarder avec vous, chers amis de Montpellier, ce qu'il se passe sur le terrain. Ce que vous a dit Mme FOURCADE vous interpelle-t-il ? Avez-vous des besoins et encore des demandes ? Nous allons d'abord entendre la position du médecin puis nous verrons ensuite celle du directeur de clinique.

Dr Jean-Luc BARON : Nous avons très certainement des demandes. Je suis président de CME (Conférence médicale d'établissement), donc je m'occupe de l'organisation médicale dans des établissements, mais avant tout je suis un médecin libéral qui soigne des patients et je me suis fait la remarque suivante : finalement, par rapport au colloque singulier lors de la consultation, il ne se pose pas trop de problèmes ; ils arrivent à partir du moment où l'on entre dans l'établissement. Je ne veux absolument pas dire par là que c'est une responsabilité de l'établissement mais c'est un fait. Les patients sont d'accord puisqu'ils viennent se faire soigner dans un établissement. Ils suivent leur médecin, ce qui signifie que le colloque singulier n'a pas été mauvais au départ, sinon j'espère qu'ils auraient l'intelligence d'aller voir ailleurs si cela ne leur convenait pas. Je crois que c'est le cas.

Pourquoi la relation avec les médecins n'est-elle plus la même à partir du moment où l'on est dans un établissement ? C'est en analysant ces différentes composantes que l'on pourra évoluer vers la formation. Que se passe-t-il quand on rentre dans un établissement ? On est toujours confronté à son médecin mais on l'est aussi à une équipe. S'il y a un des aspects de la formation sur lequel il faut insister, c'est peut-être sur le fait que le médecin travaille en équipe et n'est alors plus seul. Quand un patient se plaint que le médecin ne lui a pas donné d'explications ou n'est pas venu, c'est certainement vrai, mais si l'information est délivrée par quelqu'un d'autre elle est aussi valable. Elle peut très bien l'être par une infirmière. On n'a pas besoin d'avoir le médecin matin et soir à son chevet pour expliquer les choses. Cela demande une vraie formation, car le temps médical devient une denrée rare. Nous devons nous occuper de la qualité et du risque et ce temps sera de toute façon pris sur celui du colloque singulier. Il y a là toute une formation qu'il serait intéressant de mettre en place sur le travail du praticien dans un établissement, qui n'est plus tout à fait le même que lors du colloque singulier.

Les CME sont éventuellement invitées au CRUQPC. Le texte du décret est très clair : le président d'une CME peut en faire partie mais ce n'est pas une obligation. Le rôle du médiateur est un peu compliqué en libéral, car il est en concurrence avec ses autres collègues, opérer une médiation entre un problème souvent médical et le patient étant toujours un peu difficile. La CRUQPC n'est pas le meilleur endroit pour discuter avec la collectivité médicale. Soit on est dans le domaine de l'analyse des plaintes, et cela crispe les choses, soit on se voit au cours de la certification, mais c'est tout les quatre ans. Il faut vraiment travailler sur des rencontres éventuelles entre des représentants d'usagers et des CME dans les établissements, peut-être pas tous les ans ou deux fois par an mais au moins une fois tous les deux ans.

Je pense que nous avons vraiment à nous parler. En effet, si les médecins ont des devoirs, les usagers aussi. Je vais prendre un exemple de terrain. Vous savez que nous sommes obligés d'arrêter les traitements des patients quand ils entrent dans un établissement, le médecin anesthésiste ou le praticien concerné devant faire ses propres prescriptions. Il arrive souvent que la moitié des médicaments soient arrêtés le temps de l'hospitalisation du fait d'éventuelles interactions, or des personnes apportent leurs traitements personnels, les cachent et les prennent à l'insu du personnel. Une formation est également nécessaire en la matière. Le patient doit être vraiment acteur de la gestion des risques.

Dans l'établissement, la CME voit ce côté gestion des risques mais pas celui relatif à l'éducation thérapeutique. Celle-ci va plus se faire avec les syndicats verticaux et les spécialités. Les relations avec les CME concernent surtout la gestion des risques.

Il en va de même pour le respect de la préparation cutanée de l'opéré. Combien de patients arrivent-ils avec des piercings, n'ont pas pris de douche, etc. ? Et pourtant une tonne de papiers leur a été donnée. Il y a là aussi une formation des usagers à mettre en place. Chacun est acteur.

Le problème des heures d'entrée se pose également. Des patients disent qu'ils ont attendu trois heures en ambulatoire. Il est vrai que des problèmes se posent et qu'il est difficile dans des secteurs comme l'ambulatoire, où la rotation est importante, de définir des heures d'entrée pour que les patients n'aient pas attendre... Personne ne veut plus attendre maintenant, et c'est tout à fait normal, mais combien de personnes à qui l'on donne une heure d'entrée arrivent une ou deux heures avant en disant : « On ne sait jamais ; je ne voulais pas être en retard » ? Elles attendent et là aussi il y a tout un travail à faire.

Il faut aussi mettre en place une formation sur les outils de la gestion des risques. Les décrets à paraître et la loi HPST vont engager les médecins et les CME à se préoccuper de façon très importante de la gestion des risques et à mettre en place des outils dont vous avez peut-être entendu parler, de type revues de morbidité et de mortalité, déclarations d'événements porteurs de risques, etc. Une formation de l'utilisateur est à faire pour que ces outils soient vécus – Alain Michel CERETTI l'a dit ce matin – non pas comme une faute mais comme une erreur dont on s'aperçoit et que l'on analyse pour en tirer des conclusions pour les usagers qui viendront ensuite.

La relation que nous avons avec les usagers – et ce sera ma conclusion – est très juridique. Nous n'avons pas suivi comme les Anglo-saxons de formation sur le fait que l'erreur est possible, mais mettons-nous autour de la table et analysons-la : cela servira à tout le monde.

Marc HORWITZ : Merci. Je me demande s'il faudra un psychologue derrière chaque médecin pour savoir si, une

fois que la revue de morbidité et de mortalité aura été faite, il se vit comme coupable ou non coupable.

Les directeurs distribuent dans les cliniques « une tonne de papiers ». N'est-ce pas un peu beaucoup ? C'est peut-être aussi pour cela que les usagers ne s'en sortent pas et arrivent avec une heure d'avance et un piercing.

Pierre MAURETTE : Je voudrais faire quelques remarques sur le dispositif et son évolution. J'ai d'une certaine manière des ambitions et quelques craintes, parce que j'ai l'impression que sous votre pression l'on est sorti de l'ère du paternalisme médical et que vous ne souhaitez plus que le médecin vous dise : « C'est comme cela, je vous opère demain », sans autre information, ce qui était le cas à une certaine époque. Être sorti de ce paternalisme médical est une bonne chose. Vous devez être informés sur les traitements, y consentir, etc. Nous n'allons pas revenir sur tout cela ; ce sont vos droits. D'ailleurs, sans vouloir écorcher personne, on entend beaucoup parler de « démocratie sanitaire » dans ce pays ; c'est un terme un peu galvaudé. Il existe une démocratie ou il n'en existe pas et l'on a des droits ; cela ne se négocie pas. Vous avez des droits. Faut-il aujourd'hui mettre derrière chaque droit une association pour le faire respecter et comprendre ? Je suis entièrement d'accord avec vous. Il faut faire de la pédagogie, informer sur les droits des usagers et les connaître, et les faire connaître.

J'ai cependant quelques craintes ; il serait dommage de quitter un paternalisme médical pour entrer dans un paternalisme administratif ; mais en même temps des ambitions. Le système a été créé en 1996, date de la première ordonnance qui évoque la commission de conciliation. J'imagine qu'on lui avait alors donné ce titre pour donner de la transparence et des informations sur les dossiers médicaux et autres, autant d'éléments qui existaient déjà dans les droits mais qu'il a fallu réaffirmer.

Nous nous sommes d'ailleurs adaptés. Nous ne savions pas trop au début s'il fallait concilier ou informer ; je pense que nous étions tous dans la même situation. Cela s'est transformé en CRUQPC [Commissions des relations des usagers et de la qualité de la prise en charge]. La notion de qualité est arrivée dans le même temps mais la notion juridique et de défense est restée très présente, et c'est compréhensible. Il faut l'affirmer. L'utilisateur intéresse énormément de personnes : les médiateurs, l'administration, les avocats, etc., l'idéal étant quand même qu'ils aient une information au plus près.

La CRUQPC pourrait se résumer à une instance qui consiste à dire : « Voilà tous les droits auxquels vous avez droit, voilà quels sont les recours ». Une personne a demandé ce matin si un représentant des usagers pourrait présenter son dossier de manière plus efficace que lui-même. On sent bien l'existence d'une notion de confiance. Le représentant des usagers a la confiance

des usagers. Nous nous retrouvons dans des établissements où cela n'a pas été évident ; il a fallu créer des relations. J'adresse des louanges aux législateurs, à nos tutelles et aux personnes qui ont imposé ce système, un peu à marche forcée. On a réglementé pour faire exister ces commissions mais aujourd'hui il me semble – c'est un avis personnel –, sans faire d'angélisme aucun ni de démagogie, que l'avenir de ce dispositif est l'amélioration de la qualité, non pas en vous présentant des rapports auxquels vous acquiescerez mais avec un investissement personnel et une présence, que l'on constate d'ailleurs de plus en plus dans les établissements. Au-delà de la CRUQPC, les usagers participent aujourd'hui au CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales), ce qui est une avancée considérable. On parlait de formation : on est là au centre de ce qu'il se passe. On sait exactement quelles politiques sont mises en œuvre dans l'établissement et on est au cœur du débat. C'est là que l'on se forme, non pas sur un banc d'université mais sur le terrain. C'est extrêmement important.

De la même manière, dans mon établissement comme dans beaucoup d'autres, la participation à la vie de ce dernier s'affirme par une participation à d'autres commissions comme le CLUD (Comité de lutte contre la douleur) ou le CLAN (Comité de liaison alimentation et nutrition). Les patients sont là. Ils savent ce qui est fait et donnent leur avis. Ils ont eu à subir des situations parfois difficiles et en font état.

La participation des patients est de plus en plus importante et mon ambition, sans négliger l'aspect qui consiste à affirmer leurs droits, à les faire reconnaître et à préserver en fait le recours des usagers en cas de difficulté, est que ces derniers, ou les patients, prennent leur place dans l'établissement. Ce n'est pas un vain mot. Je vais vous citer un exemple. Je ne veux pas glorifier mon établissement mais nous menons un projet depuis déjà dix-huit mois, avant que paraisse la loi HPST. Nous avions une idée de ce qu'elle allait donner et nous avons mené un travail sur le thème du cancer du sein, avec des patientes atteintes de ce cancer, des médecins, des acteurs de santé, c'est-à-dire toutes les personnes concourant à la prise en charge de la pathologie, et le personnel. Nous les avons fait travailler chacun par groupes, avec une personne qui était là pour animer, recevoir et structurer mais en totale indépendance. Nous sommes ainsi arrivés à définir cinq thèmes d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Cela signifie par rapport à la démarche que chacun a pu s'exprimer et dire ce qu'il pensait être prioritaire en la matière.

Ce programme a abouti pour les usagers à créer un guide qui a été fait avec eux. Nous ne leur avons pas dit quelle était la bonne information. Ce sont eux qui ont dit : « Voilà l'information que nous voulons ». Cela a conduit à modifier le système d'information, à faire une formation

aux spécialistes et au personnel sur l'annonce de la mauvaise nouvelle et sur tout ce qu'ils devaient connaître de la pathologie en question, et à créer un nouveau métier, qui s'appelle « infirmière pivot » et accompagne tout au long de son séjour la patiente atteinte d'un cancer du sein. Nous avons conçu ce programme avec vous ; c'est ainsi que s'exprime pleinement la relation patient-usager.

Nous faisons beaucoup de choses en Languedoc-Roussillon au-delà du soleil. Il existe une grande maison, qui s'appelle la Maison de l'hospitalisation privée, et une deuxième – un peu plus grande – se termine, dans lesquelles vous êtes régulièrement accueillis, et depuis 2006 notre syndicat régional a inscrit dans ses priorités la relation avec les patients et nous a amené à créer une commission des usagers, avec pour objectif de les inviter régulièrement (tous les trimestres) à partir de thèmes qui ont été déterminés, comme la connaissance du système de santé. Le but est de mieux comprendre notre secteur sans pour autant le glorifier. Nous nous réunissons pour ce faire régulièrement avec des représentants d'usagers et des associations. Je pense que cela concourt à l'information sinon à la formation, puisque c'est un échange.

De la même manière, les représentants politiques et les élus ne sont pas non plus exempts de formations et d'informations puisqu'ils participent à toutes les réunions, de manière de plus en plus assidue. Nous nous sommes en effet rendu compte parfois de certains manques dans la connaissance du système de santé, de la part de ceux qui nous gouvernent. Ces réunions sont très riches et concourent à mettre en présence les usagers, les élus et évidemment les acteurs opérationnels de santé.

Enfin, au-delà de la formation et de l'information, nous voulons cheminer ensemble et nous avons comme projet un Observatoire de la violence que nous sommes en train de mettre en place avec vous en Languedoc-Roussillon. Tout cela se fait de manière concertée. Je vous répète que nous sommes sortis du paternalisme, donc marchons et apprenons ensemble. *(Applaudissements)*.

Marc HORWITZ : Quelques réactions...

Annie LABBÉ : Je trouve ce que j'ai entendu très intéressant. J'ai oublié de dire beaucoup de choses tout à l'heure, notamment sur les formations faites à la FHP Île-de-France, qui ont eu de très bons résultats. Je remercie le docteur Gilbert LEBLANC, qui était présent lors de ces formations. Cela nous a donné des orientations. Nous ne nous réunissons peut-être pas tous les trois mois mais nous finissons en fait par le faire puisque nous instaurons des formations tous les trimestres, avec une grande participation. J'attends vos questions.

Lamine GHARBI : La personne qui bougeait pendant votre intervention, c'était moi. Dès que je vois « Ministère » et

« DGOS »... je suis dans la revendication et j'ai été élu pour cela, donc ne prenez pas mes propos au premier degré.

Vous avez prononcé une phrase qui m'interpelle sur la remontée d'informations au niveau des statistiques des CRU sur le nombre de plaintes et les délais. Je suis un peu choqué car nous avons l'obligation de communiquer chaque année à nos ARS un bilan complet. Nos équipes le font et c'est du travail. Qu'en faites-vous ? C'est ma première question.

Vous parlez par ailleurs de plaintes qui arrivent directement à M. le président de la République. La personne qui lui écrit sait très bien qu'elle peut écrire au directeur de l'établissement : elle le fait parce qu'elle veut avoir une écoute importante, et il est vrai qu'elle l'a systématiquement car quand on écrit au président cela arrive à votre ministère puis va à l'ARS et enfin cela arrive toujours chez nous, car il existe une commission des plaintes au niveau des ARS et parce que nous devons répondre. Je pense que c'est pour avoir une réponse certifiée conforme.

Concernant enfin l'Observatoire de la violence dont M. MAURETTE a parlé, nous l'avons demandé en Languedoc-Roussillon de manière officielle et nous n'avons jamais pu l'avoir. On en est au sein des services d'urgence à prévoir des vigiles jour et nuit pour lutter contre l'incivilité de certains usagers. C'est problématique et dangereux pour nos équipes. Vous savez tous que la profession compte 85 % de femmes la nuit ; il devient difficile de travailler. Nous voudrions que l'Observatoire de la violence soit étendu à la France entière et savoir ce que font les ARS dans vos services pour faire remonter ce que nous faisons avec minutie chaque année pour répondre à vos questions.

Marc HORWITZ : Nous sommes un peu sortis du sujet, mais...

Dr Alexandra FOURCADE : Je suis là pour cela. Tout d'abord, les ARS ne sont pas les services du ministère de la Santé. Il faut bien comprendre qu'aujourd'hui une autre organisation est en place. Les ARS sont des agences qui ont une relative autonomie et sont pilotées par le Secrétaire général, ce qui est un premier problème. C'est Mme Emmanuelle VARGON qui est la chef des ARS, non Mme PODEUR, mais je ne vais pas entrer dans ce sujet car cela n'a pas beaucoup d'intérêt.

Vous nous dites que vous traitez les plaintes et qu'un rapport d'activité est automatiquement envoyé aux ARS. Il alimente les rapports des conférences régionales de santé, lesquels alimentent celui de la Conférence nationale de santé dont le président est Christian SAOUT, qui ne s'est pas présenté comme tel aujourd'hui. Il existe une telle agrégation de différents rapports que l'exploitation de l'information qui nous intéresse, qui concerne les établissements, agrégée au niveau régional, est faite dans un

rapport national où sont agrégés l'ensemble des rapports des établissements, puis des conférences régionales de santé, ce qui amoindrit la lisibilité des résultats. C'est un choix méthodologique qui a été fait.

On est justement en train de travailler sur les futurs rapports des conférences nationales de santé et de l'autonomie pour permettre quelque chose qui soit reproductible et donne la possibilité non seulement de comparer l'état des droits d'une année sur l'autre mais également d'étudier tous les ans un certain nombre de thématiques, comme l'a fait la Conférence nationale de santé cette année avec celle des refus de soins. C'est celle qui avait été retenue pour le rapport de 2009. Je vous rassure : nous traitons évidemment l'information. Cela dit, ce n'est pas pour autant qu'elle est exploitable à des fins d'évaluation, comme j'avais essayé de vous l'expliquer, peut-être pas suffisamment clairement.

Quant à la violence, peut-être un problème d'information se pose-t-il mais il existe un Observatoire national de la violence hospitalière auquel participe un commissaire de police qui est rattaché cette fois à Annie PODEUR, à la Direction générale de l'organisation de l'offre de soins. Il s'agit de Mme Fabienne GUERRIERI. Cet observatoire publie tous les ans un rapport annuel ; celui de 2009 vient d'ailleurs de sortir. Je ne sais pas si c'est de cela dont vous parlez mais ce dispositif existe sur le plan national. Il n'est peut-être pas suffisamment connu et ne répond pas forcément exactement à vos attentes mais là encore l'outil existe, avec des fiches de remontées d'informations. S'il faut le modifier, je suis à l'écoute de vos propositions à la FHP sur le sujet.

Lamine GHARBI : Nous n'avons pas d'informations du tout.

Dr Alexandra FOURCADE : Je vais peut-être dire une énormité mais je pense que c'est parce que le champ est limité au public. Si demain vous voulez intégrer l'Observatoire national de la violence, je peux faire passer le message. Je serai le porte-parole de votre demande ; cela ne pose aucun problème. Qui peut le plus peut le moins.

Daniel BIDEAU : Je voulais intervenir sur plusieurs points. Comme cela a été dit tout à l'heure – et je suis tout à fait d'accord avec M. MAURETTE –, nous avons des droits : nous devons les faire respecter et aussi les connaître, ce qui n'est pas aussi évident que cela.

Je voudrais insister par ailleurs sur le nombre de représentations que doivent assurer les usagers. Les CRUQPC, les CLIN, les CLAN, les CRCI, les Conseils de surveillance... Tout cela fait beaucoup ; c'est même énorme. Il faut faire appel à toutes les forces vives des usagers. Je vous rappelle incidemment que l'UFC Que choisir en est une aussi, qui n'est d'ailleurs pas dans le CISS, sachant que

nous travaillons beaucoup avec les personnes du CISS en coordination. Travailler avec les usagers à l'intérieur des structures est en effet important, car ce sont souvent eux qui ont la meilleure information et qui peuvent mieux la faire passer aux autres usagers. C'est une piste à suivre à l'intérieur des différents établissements.

Enfin, j'ai une dernière question pour Mme FOURCADE : où en est le DMP ? Vous me direz que je suis un peu à l'extérieur, mais quand même, je n'en entends plus parler depuis peu et j'aimerais savoir où il en est, car cela va nous concerner tous très directement.

Marc HORWITZ : Je propose de faire un petit tour dans la salle.

M. DETREZ : Je suis un tout frais émoulu représentant des délégués de cliniques dans le Nord de la France, à Cambrai exactement. Quand M. HORWITZ dit que l'on s'éloigne un peu du sujet, cela me paraît être un euphémisme. Le sujet est derrière vous : c'était la formation des représentants des usagers.

Vous avez été très franche, Dr FOURCADE : vous avez dit que vous ne parleriez pas de formation et effectivement vous n'en avez pas parlé. Votre voisin de droite a parlé de celle des usagers mais jamais de celle de leurs représentants. C'est dans la première intervention, qui m'a le plus rapproché de ce que je fais, que j'ai retrouvé le thème de cette table ronde. Vous allez me demander où est ma question. Elle est la suivante : qu'avez-vous à me proposer à moi, nouveau représentant des usagers au sein d'une CRUQPC, pour améliorer mon savoir ? Je partage l'avis de la première intervenante quand elle dit que les représentants de la société civile, dont je suis, sont un peu perdus au milieu de tous les professionnels de santé. Je voudrais des pistes concrètes. Ce que vous avez dit était parfait, Madame et Messieurs, mais je ne m'y suis pas retrouvé. Je vous remercie. *(Applaudissements)*.

Serge ROBERT : Fibromyalgie France et membre du CISS régional de Poitou-Charente. Je voudrais à travers la formation mettre en exergue la mise en place de la loi HPST, notamment s'agissant de la nomination des représentants des usagers via par exemple les conseils de surveillance. Cela a été assez rapide cette année ; c'est un euphémisme. Il a fallu mettre en place en quinze jours une liste de représentants des usagers. Je rappelle qu'il s'agit de représentants d'usagers d'associations agréées, ce qui n'est pas toujours le cas, loin de là, dans les conseils de surveillance des hôpitaux puisque beaucoup ont repris les mêmes représentants que précédemment. Les nominations dans les CRSA ne se sont pas non plus très bien passées dans certaines structures, et là on est en pleines conférences de territoire. Nous allons voir ce que cela va donner mais nous ne sommes pas très satisfaits dans les

CISS régionaux alors que la loi HPST doit être mise en place, avec des arrêtés ministériels qui par exemple arrivent très tardivement et des nominations à mettre en place nécessairement rapidement. Il faudrait savoir raison garder et respecter le rythme des associations, qui s'appuient sur des bénévoles et nécessitent en effet beaucoup de représentants.

Dr Alexandra FOURCADE : Je ne vais pas répondre à tout mais concernant le dispositif de formation je voudrais rappeler ce que j'ai dit (mais peut-être cela n'a-t-il pas été entendu), à savoir que la Direction générale de santé subventionne le CISS avec un montant assez conséquent annuellement (plus de 1 M€) justement pour organiser les formations des représentants d'usagers dans les établissements de santé. Nous sommes impliqués dans la formation. Nous avons fait le choix de nous appuyer sur le CISS parce que c'est une organisation qui a la logistique pour le faire et donc nous confions la maîtrise d'ouvrage à l'opérateur qu'il est.

Par ailleurs, l'UFC Que choisir est une association agréée par le ministère de la Santé, donc j'imagine que vous siégez au Conseil de surveillance d'un certain nombre d'établissements en dehors du CISS. J'ai noté en effet un sujet de périmètre de la formation en dehors du CISS, que je ferai remonter à mes collègues de la DGS.

Une personne a relevé des « dysfonctionnements » sur la désignation des représentants des usagers dans les Conseils de surveillance dans le cadre de la procédure de cette année. Nous sommes d'accord sur le fait qu'un problème de délai s'est posé. Cela a été fait extrêmement rapidement et surtout probablement sans règles du jeu en matière de transparence en matière d'appels à candidatures. Je suis aussi par ailleurs dans un Conseil de surveillance, donc j'ai vu comment cela s'est passé dans notre ville : il est certain que l'on aurait pu donner des règles du jeu un peu plus transparentes, justement pour permettre un renouvellement et ne pas reconduire les personnes qui étaient déjà en place. Le système était extrêmement sous pression en termes de délais et l'on n'a pas fait au mieux.

Annie LABBÉ : Je vais répondre sur ce qu'il faut faire dans une CRUQPC. Il faut d'abord et avant tout recruter des représentants d'usagers, des titulaires et des suppléants, en principe deux à chaque fois. Il faut aussi évidemment respecter les réunions, qui devraient être au nombre de quatre par an, à raison d'une par trimestre. Il est indispensable de mettre en avant dans ces commissions les livrets d'accueil et de travailler pour voir comment améliorer la qualité et la prise en charge de l'hospitalisation. Il faut aussi bien sûr une accessibilité aux plaintes. En effet, nous constatons souvent en arrivant en réunion que des plaintes ont été reçues sans que nous en ayons

été informés en amont. Une bonne visibilité des représentants des usagers est indispensable et il faut que l'on puisse nous joindre. Il faut donc afficher leur nom et leurs coordonnées. Il y a aussi bien sûr tout le côté hôtelier, la douleur, les CLIN, les CLAN, etc. Je ne reviendrai pas sur les différentes commissions qui sont indispensables.

Nous sommes très souvent sollicités pour des demandes de certification des établissements – nous sommes très présents –, parce que c'est obligatoire.

Marc HORWITZ : La question que j'ai entendue n'est pas celle-là. Elle est la suivante : comment les représentants des usagers à l'intérieur des établissements de santé peuvent-ils recevoir une formation leur permettant d'être des interlocuteurs crédibles par rapport au grand magma médico-directorial du privé, etc. ?

Nous allons voir très rapidement ce qu'il se passe sur ce point précis en PACA.

Intervenant : Je suis représentant des usagers et membre du CISS PACA. Je voudrais tout d'abord remercier M. MAURETTE pour s'être adressé directement aux représentants des usagers et en tout cas à ces derniers. Il est la seule personne à l'avoir fait.

Je voudrais aussi faire une proposition au Dr FOURCADE quant à ce qu'il se passe en PACA par rapport à notre expérience d'accompagnement de la formation des usagers, qui est notre point d'orgue pour qu'ils puissent être vraiment des interlocuteurs privilégiés dans les commissions de relations d'usagers et sur la qualité de la prise en charge et afin qu'ils soient crédités auprès des professionnels de leurs compétences.

Nous avons mené un cycle de formations à partir d'un échange entre des personnes qui avaient déjà expérimenté la fonction de RU et mis en place une approche juridique ainsi qu'un cycle de formations un peu poussé, jusqu'à des séances sur la gestion de la prise de parole, afin qu'il soit plus aisé pour les RU de prendre la parole devant des professionnels. Cela se termine par un cycle d'échanges entre pairs pour qu'ils puissent partager leurs expériences. Je voudrais dire aux professionnels qui participent à ce colloque que les représentants des usagers ne sont pas des opposants ; nous travaillons à l'unisson avec vous. J'ai un contre-exemple, Monsieur BARON, par rapport aux patients qui ont des piercings. Je fais partie de ces CLIN. Nous faisons des formations et nous voyons beaucoup de professionnels qui ont beaucoup de bijoux sur leurs mains. Je veux dire par là que nous sommes à

l'unisson pour travailler, défendre les intérêts de l'utilisateur et améliorer la communication avec les patients.

Dr Jean-Luc BARON : J'ai donné des exemples mais de toute façon nous ne pouvons pas rendre responsables les usagers ou leurs représentants. Je voulais justement insister sur le fait qu'ils manquaient d'informations, et je vous ai fait une proposition : rencontrer les CME en dehors des CRUQPC. En effet, vous rencontrez les médecins par exemple dans le cadre des CLIN, mais c'est un comité médical éclaté. Venez les rencontrer dans les CME ! Je parle là des représentants des usagers. On ne va évidemment pas faire venir les usagers dans les CME.

Dans la salle : Il faudrait y être invité !

Dr Jean-Luc BARON : Bien entendu. Rapprocher les CME des usagers est un de nos axes de travail au sein de la Conférence nationale des présidents de CME.

Annie LABBÉ : Il y a les formations du CISS sur les thématiques que j'ai évoquées tout à l'heure, et nous avons mis en place en partenariat avec la FHP et le CISS Île-de-France une formation sur deux journées qui comporte 4 modules très importants. Elles sont gratuites pour les représentants des usagers. Les responsables qualité sont vraiment épatants, et je dois dire que ces formations sont totalement remplies. Les 4 modules en question se décomposent de la façon suivante :

- L'intervention d'un directeur d'établissement au sujet de la place et de l'organisation des cliniques.
- La démarche qualitative des établissements de santé, avec l'intervention d'un responsable qualité dans ce cadre (CRUQPC, certification, etc.).
- Le rôle du représentant des usagers, sachant que des experts représentant des usagers sont présents depuis des années.
- Les principales instances en santé, avec des personnes très qualifiées, comme Claire COMPAGNON et Maryse LÉPÉE.

J'ajoute qu'un atelier de prise de parole des représentants des usagers a été mis en place qui est malheureusement trop court puisqu'en trois heures il n'est pas possible, comme je vous l'ai dit tout à l'heure, d'assurer la pérennité, la connaissance et l'aisance du RU.

Marc HORWITZ : Merci à tous les quatre. *(Applaudissements)*. ■

LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS : RETOURS D'EXPÉRIENCES

TÉMOIGNAGES

Marc HORWITZ : Concernant le premier témoignage de cette dernière table ronde sur la qualité de la prise en charge des usagers, nous allons voir ce qu'il se passe sur le terrain et quelles expériences y sont menées. C'est Véronique BESSE, directrice de la clinique Saint-François à Mainvilliers, dans l'Eure-et-Loir, qui va prendre la parole la première.

Véronique BESSE : Bonjour. Je vais essayer de vous expliquer quel est le rôle des représentants des usagers pour sécuriser la qualité de la prise en charge de nos usagers dans quatre situations particulières.

Les représentants des usagers nous accompagnent en permanence dans de nombreuses commissions et je vais vous montrer l'importance de la discussion avec les usagers, le dialogue étant parfois interrompu avec l'établissement hospitalier quand il rencontre une phase difficile. Je vais aussi vous parler, quand il existe des liens avec les usagers, de l'importance de ceux avec leurs représentants quand l'établissement est obligé de fermer un de ses services, qu'il s'agisse d'un service de réanimation ou d'une maternité. Je vous parlerai également de la place forte des représentants des usagers pour préserver toujours la qualité de la prestation pour chaque usager dans le cadre de nos certifications.

Il est vrai que depuis cinq ans des commissions d'usagers sont mises en place dans nos établissements mais parfois le dialogue est interrompu. Peu importe la cause. Ce qui est important est de réapprendre à se connaître pour éviter la suspicion, les établissements ayant besoin d'expliquer aux représentants des usagers quelles sont leurs valeurs. Vous m'entendrez souvent dire dans ma présentation que ce sont le dialogue et l'écoute de part et d'autre qui font l'importance de nos relations dans les établissements avec les représentants des usagers.



VÉRONIQUE BESSE
DIRECTRICE DE LA CLINIQUE SAINT-FRANÇOIS,
MAINVILLIERS



CLAUDE GUELDRY
DIRECTRICE DU BAQIMEHP



DR MONIQUE DADOUN-DYBAL
MÉDECIN COORDONATEUR,
CENTRE DE CARDIOLOGIE LA CHENEVIÈRE,
CALLIAN



JEAN-LUC PLAVIS
CORRESPONDANT CISS ÎLE-DE-FRANCE
DU PÔLE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

Il faut que l'établissement sache accepter ce que les représentants des usagers portent, car il s'agit de la vox populi. Il est très important de savoir les écouter et de parler exactement de ce qui les intéresse et non obligatoirement de leur faire passer des messages sans répondre vraiment à leurs attentes, d'où l'importance de leur participation aux instances internes, afin qu'ils nous connaissent et qu'ils aient confiance, ainsi que conscience de ce qui est fait dans les établissements.

Les établissements doivent donner toutes les informations nécessaires pour que les représentants des usagers puissent faire la part des choses quand ils enregistrent une plainte ou l'inquiétude d'un patient, ne serait-ce que pour qu'ils soient en mesure d'expliquer où trouver l'information pour que ce patient puisse savoir où s'informer si d'aventure il a un trac.

Quand un établissement traverse une phase difficile, c'est souvent repris par la presse, donc il est malmené et surtout le patient car c'est généralement une période de souffrance, d'abord pour le patient, qui a peut-être subi un préjudice, et ensuite pour l'établissement et les

professionnels. Que se passe-t-il à ce moment-là sur le terrain ? Il faut surtout immédiatement discuter avec les représentants des usagers pour qu'ils comprennent ce qu'il s'est passé et qu'ils aient des informations sur la situation très rapidement. Il faut qu'elles soient claires et synthétiques et que l'établissement soit disponible pour écouter toutes les questions qu'ils peuvent nous poser dans des situations de crise.

Il faut savoir que les représentants des usagers nous apportent dans ces situations difficiles un soutien, ne serait-ce que par la pertinence des questions qu'ils nous posent. Cela nous permet d'apprendre de nos erreurs et ils participent à la reconnaissance du droit des usagers et au respect des professionnels de terrain. En effet, comme je vous le disais, il est dans de tels cas important que l'utilisateur sache ce qu'il lui est arrivé. Les représentants des usagers avec lesquels nous travaillons font avec grand cœur aussi très attention aux professionnels de terrain et à la façon dont cela se passe avec eux.

Ils nous permettent parfois d'élargir notre information envers les usagers en nous posant des questions que nous ne nous serions pas posées. Là aussi, au niveau du terrain, selon les situations, les établissements sont très à l'écoute de ce que peuvent nous dire les représentants des usagers dans la mesure où cela nous fait avancer les uns et les autres.

Il existe aussi un lien un peu plus général. Il faut savoir que quand un établissement ferme, qu'il s'agisse d'un service de réanimation ou d'une maternité, c'est toujours douloureux, parce qu'on ne peut pas comprendre pourquoi : « J'étais contente d'aller accoucher à la clinique d'à côté et j'avais le choix ». Oui, mais aujourd'hui il n'y a peut-être plus assez de médecins, pour de multiples raisons. Les participants de ce matin nous ont expliqué les problèmes qui peuvent être rencontrés dans des services, en particulier de maternité.

Que se passe-t-il au niveau du terrain dans de tels cas ? Les représentants des usagers sont un relais d'information auprès d'eux. Ils n'ont parfois pas toutes les informations sur la raison de telles fermetures et lors de nos réunions avec eux ils nous posent des questions pour savoir exactement ce qu'il s'est passé, comment et pourquoi. Ils sont un relais d'information et c'est important. Ils demandent souvent comment cela va se passer : « Vous avez fermé la maternité mais que vont devenir les parturientes ? Qu'avez-vous mis en place ? ». Non seulement nous parlons des usagers en fonction de tout ce qu'il peut se passer dans les commissions, les CLAN, etc., mais les représentants des usagers sont aussi très importants pour nous dans la vie sociale par rapport à la qualité de la prise en charge de nos usagers.

Il y a aussi des moments très forts que nous pouvons vivre avec nos représentants d'usagers pour améliorer toujours la prise en charge de nos patients ou de nos

parturientes : c'est la phase de certification. Vous, représentants des usagers, vous assistez à de nombreuses réunions. Vous participez à de nombreux groupes de travail, ce qui améliore la connaissance des professionnels. Le dialogue et la façon d'expliquer ce qu'il se passe sont un creuset important de formation à ce moment-là pour les représentants des usagers.

Ils témoignent aussi de l'état d'esprit qui règne dans l'établissement quand ils viennent aux réunions, en plus de connaître nos pratiques. C'est important pour l'établissement et l'utilisateur qui fait appel aux représentants des usagers pour comprendre ce qu'il se passe dans un établissement. C'est un moment fort de partage. Il y a à ce moment-là une démonstration aujourd'hui active de l'efficacité de l'établissement. Il faut souligner l'importance de ce travail avec les représentants des usagers qui ont vécu d'autres certifications, avec de temps à autre des éléments de comparaison. L'établissement s'enrichit de la pertinence des questions qui provient de l'expérience des représentants des usagers et cela permet d'améliorer la qualité de la gestion des risques.

En conclusion, des échanges réguliers, précis et respectueux sont importants. Le respect naît bien sûr de la connaissance des attentes des usagers, de nos équipes médicales et de nos organisations. Une information éclairée et responsable permet au représentant des usagers de jouer un rôle important dans le système de santé de sa région et l'information qu'il délivre à chaque usager et patient va permettre à celui-ci de mieux s'impliquer dans sa démarche de soins individuelle. Merci les usagers et merci leurs représentants. *(Applaudissements)*.

Marc HORWITZ : Madame GUELDRY, la première question est de savoir ce que veut dire BAQIMEHP. Vous en êtes en effet la directrice.

Claude GUELDRY : C'est un nom barbare pour quelque chose de simple. Il s'agit en fait du Bureau d'assurance qualité d'information médico-économique de l'hospitalisation privée... *(rires)*. C'est une association loi 1901 qui a pour mission de défendre les cliniques privées auprès des Pouvoirs Publics pour tout ce qui a trait à la qualité et à la sécurité des soins et de former les cliniques à toutes les démarches de type certification ou plus généralement à toutes les démarches qualité. C'est dans ce cadre que je vais vous entretenir aujourd'hui puisque nous formons de nombreux professionnels et accompagnons de nombreux établissements, en particulier dans le cadre de la préparation de la certification, avant que les experts visiteurs arrivent.

Nous faisons dans ce cadre des simulations de visites. Nous jouons les experts visiteurs, l'objectif étant non pas de faire comme eux mais bien sûr de préparer

les professionnels et les représentants des usagers (puisque nous les rencontrons à cette occasion) à ces visites de certification.

Dans ce cadre, nous constatons au BAQIMEHP que les CRUQPC fonctionnent, même si elles ne comptent pas deux membres titulaires et deux suppléants pour les représentants des usagers. D'ailleurs, les statistiques établies par la FHP-MCO le disent : 70 % des CRUQPC se réunissent de manière réglementaire.

Nous avons également pu remarquer au BAQIMEHP que les représentants des usagers sont de plus en plus actifs dans les établissements. Bien sûr, ils participent à la CRU et au CLIN – c'est réglementaire et il n'y a rien à dire –, mais ils peuvent également être force de propositions ailleurs. Beaucoup travaillent, par exemple, directement avec les responsables qualité – il ne faut pas oublier que des relations privilégiées peuvent s'instaurer dans ce cadre – et proposent des améliorations.

Il peut s'agir tout simplement de propositions pratiques, comme par exemple améliorer le choix des menus, ou de propositions d'ordre méthodologique. J'ai vu des représentants d'usagers faire des enquêtes ponctuelles auprès des patients pour compléter le retour des questionnaires de sorties, dont il a été dit ce matin qu'il était de 10 % dans les cliniques MCO. C'est insuffisant pour savoir ce que pensent les patients et ce n'est statistiquement pas crédible. Des représentants d'usagers établissent, ainsi, eux-mêmes un petit questionnaire et vont au chevet du patient un jour donné.

J'ai vu également des établissements qui faisaient participer des représentants d'usagers à ce que l'on peut appeler une commission de gestion des risques, qui analyse les événements indésirables (avec ou sans gravité) qui ont pu se produire.

À cette occasion, dans les commissions de gestion des risques, les représentants des usagers comme les professionnels apprennent à rechercher, ensemble dans un esprit positif, les causes de ces événements indésirables. Pourquoi cet événement indésirable s'est-il produit ? Pourquoi cette personne âgée, qui n'aurait pas dû sortir de son lit, l'a-t-elle fait et est-elle tombée ? Heureusement elle n'a rien eu, et tant mieux, mais on doit en rechercher les raisons afin d'agir dessus en mettant en place des actions d'amélioration.

Je ne dis pas que les représentants des usagers participent dans tous les établissements aux commissions de gestion des risques, mais cela se met en place et c'est très pédagogique. Outre la formation sur ce qu'est la santé publique, la façon dont est organisé le système de santé, la signification de CLIN, CLUD, CME, etc., des efforts sont de plus en plus faits pour que les représentants des usagers soient véritablement associés à la démarche qualité et de gestion des risques des établissements. J'ai en face de moi une dame qui ne me

connaît pas mais je connais très bien l'établissement au sein duquel elle est représentante des usagers : je sais qu'elle est très participative et cet établissement en est heureux.

Si des formations sont bien entendu nécessaires rien ne vaut d'intégrer les représentants des usagers dans des commissions ou groupes de travail des établissements, où ils vont apprendre très vite en faisant du « pratico-pratique » et c'est là que la nécessaire relation de confiance, comme l'a évoqué Véronique BESSE, s'installe et qu'un travail constructif et commun peut donc se faire.

Nous avons constaté au BAQIMEHP énormément de progrès depuis que les CRUQPC existent. Comme je vous l'ai dit, nos retours d'expérience s'inscrivent dans le cadre des préparations des visites de certification, et quand nous rencontrons les représentants des usagers ils nous demandent ce qu'ils doivent dire aux experts visiteurs... Ils peuvent également demander s'ils vont être évalués et il y a peut-être là une formation à dispenser. Le représentant des usagers est là pour rencontrer les experts visiteurs et surtout pour indiquer comment il est intégré à la vie de l'établissement. À cet égard, Docteur BARON, je trouve que l'idée de faire participer les représentants des usagers aux CME est excellente. Je vous remercie. *(Applaudissements)*.

Marc HORWITZ : Merci beaucoup pour cette façon de voir les choses et pour nous avoir présenté un panorama de ce qui existe. Changeons-nous de sujet ou non ? Voilà la question que nous nous sommes posée en organisant cette table ronde et en y invitant le Dr Monique DADOUN DYBAL. Elle va nous raconter ce qui est plutôt finalement une expérience d'éducation thérapeutique. Nous avons prévu son intervention à ce stade en nous disant que cela faisait aussi partie du sujet de notre journée, même si en l'occurrence cela s'adresse plus aux usagers qu'à leurs représentants.

Dr Monique DADOUN DYBAL : Je suis cardiologue et nutritionniste. Je travaille dans un centre de réadaptation cardiaque. C'est à ce titre que vous m'avez invitée, pour vous parler de l'éducation thérapeutique que nous avons mise en place concernant les insuffisants cardiaques dans notre établissement, pour laquelle nous avons reçu le Prix qualité de la FHP.

J'ai beaucoup entendu parler tout au long de la journée de plaintes de manque d'informations, de difficultés de communications et de besoin d'apprendre. Je pense qu'effectivement une des grandes problématiques entre les usagers et tout le corps médical provient du fait que l'on ne parle pas forcément de la même chose. C'est un peu ce qu'a dit le professeur qui venait de Hanovre, c'est-à-dire qu'après le cursus qu'ils avaient suivi les usagers

se sentaient nettement plus en phase avec l'équipe de soignants pour discuter.

L'information et l'éducation sont deux sujets extrêmement différents. Je vais donc me permettre de planter un peu le décor en vous donnant la définition de l'éducation thérapeutique telle qu'elle a été établie par l'Organisation mondiale de la santé : elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle a pour but de les aider à comprendre leurs maladies et leurs traitements, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et à améliorer leurs conditions de vie. Je pense que c'est clair.

Pour continuer à planter le décor, sachez que la Haute autorité de santé a fixé des critères de qualité concernant l'éducation thérapeutique : elle doit être centrée sur le patient, scientifiquement fondée, faire partie intégrante du traitement et d'un processus permanent, être faite à partir de l'évaluation des besoins du patient, se construire avec le patient ou ses proches, être définie en termes d'activité et de contenu, être multi-professionnelle et inclure une évaluation individuelle du déroulement du programme. Il s'agit bien plus que de donner simplement une information ou dire qu'il faudrait manger sans sel ou prendre tel tout tel médicament. Vous comprenez que c'est un travail bien plus approfondi.

Enfin, je me permettrai pour finir de peindre le tableau de citer Kant et de dire que « *L'éducation est le plus grand et le plus difficile problème qui puisse être proposé à l'homme* ». Je peux dire depuis deux ans que je fais tourner un programme qu'effectivement chaque individu est tellement différent qu'il faut à chaque fois se renouveler et être inventif.

Grosso modo, la finalité de l'éducation est l'autonomie du patient face à une maladie avec laquelle il doit apprendre à vivre. Autrement dit, on pourrait dire : aidons-le à faire tout seul ! On est effectivement sorti de l'ère du paternalisme pour entrer dans celle de l'accompagnement, où l'on transfère nos connaissances et nos compétences aux patients. Il faut pour cela prendre en compte son savoir, sa représentation de sa maladie, ses capacités à développer un changement et respecter son projet de vie. Enfin, il faut pour y arriver vraiment avoir le désir de construire ensemble, sinon cela ne fonctionne pas.

Mon but est de faire comprendre que le patient doit être au centre du dispositif et que l'éducation n'est pas quelque chose d'isolé dans l'établissement. L'équipe qui s'en charge est en lien permanent avec l'équipe soignante au chevet du patient ainsi qu'avec l'équipe de restauration, car tout ce qui va être dit dans les échanges au quotidien va contribuer à renforcer les messages donnés au moment de l'éducation.

Pour faire de l'éducation, il faut contrairement à l'information absolument commencer par ce que l'on appelle un « diagnostic éducatif ». Il a pour fonction d'évaluer le patient par rapport à ses connaissances, ses croyances, ses conditions de vie, son état physique, ses capacités cognitives, son état psychologique, son degré d'acceptation face à sa maladie, les conséquences familiales et professionnelles de sa maladie et enfin la façon de l'aider et de le motiver pour intégrer tout cela dans son propre projet de vie. Vous voyez que le travail est important.

J'utilise pour ce faire en pratique des auto-questionnaires qui sont remis aux patients, puis nous remplissons un dossier ensemble. Ces questionnaires permettent au patient de mieux centrer ses questions car il se perd souvent dans celles qui sont moins importantes, et ses réponses nous permettent de nous rendre compte de ce qu'il sait vraiment et des fantasmes qu'il a sur sa maladie ou ses traitements.

Tout cela nous amène à remplir un dossier où tout est pris en compte : l'aspect purement médical, l'environnement du patient et toutes les dimensions psychologiques, pour pouvoir faire ensuite une synthèse avec des commentaires qui seront des consignes pour toute l'équipe qui va s'occuper du patient : « Il faut aborder cette personne plutôt de cette façon, et celle-ci différemment ». « Nous devrions pouvoir mener celle-ci très loin dans ses connaissances alors que si nous donnons à celle-ci ces messages ce sera suffisant ; nous la réévaluerons ensuite pour savoir s'il faut aller plus loin ».

L'autre étape indispensable dans une éducation est le contrat. Tous les patients n'ont pas envie de savoir ou de se prendre en charge. Quand j'entends dire : « On ne m'a pas donné l'information », c'est en fait souvent parce qu'au moment où cela a été fait la personne n'avait pas envie de l'entendre. Attention : il est aussi possible qu'on ne la lui ait pas donnée, mais il arrive aussi que la personne ne soit pas réceptive à ce moment-là. Elle peut être en phase de déni ou de révolte et ne pas du tout vouloir entendre cette information.

Il y a ceux qui savent tout, ceux qui sont abreuvés d'informations en tout genre, via Internet et j'en passe et des meilleures. Elles sont glanées un peu partout mais rarement en général auprès de leurs médecins. Il y a ceux qui pensent qu'ils ne sont pas capables d'apprendre et surtout ceux qui ne veulent pas entendre parler de leur maladie à la phase où ils en sont. Il faut amener toutes ces personnes à se poser les bonnes questions et à s'engager vers une éducation avec les soignants. On pourrait dire grosso modo qu'il y a ce que l'on est sûr de savoir et ce que l'on croit savoir. C'est une grande difficulté pour nous car cela recouvre de nombreuses croyances, et tant que nous n'avons pas compris quel faux message il y a dans la tête de la personne que nous avons en face de nous nous ne pouvons pas en faire passer un qui soit

vrai. Il y a aussi ce que l'on ne sait pas, mais le dire signifie déjà savoir que cela existe, et il y a tout ce que l'on ne sait même pas que l'on ne sait pas. C'est surtout sur cela que nous butons sur le plan de l'éducation.

Je fais remplir aux patients un arbre qui décline tout ce que nous pouvons leur apprendre dans le cadre d'une éducation sur l'insuffisance cardiaque et je leur demande de souligner au stabilo ce qu'ils savent et d'entourer en rouge ce qu'ils voudraient savoir. La FHP nous a décerné le Prix qualité pour cette partie du programme car cela stimule la curiosité des patients. Même ceux qui au début arrivent en disant qu'ils ne veulent pas entendre parler de leur maladie adhèrent au projet. Cela stimule leur curiosité. Ne serait-ce qu'en remplissant cet arbre ils deviennent acteurs de leur prise en charge et de ce qu'ils veulent savoir. Cela leur permet également de mémoriser les grands piliers des connaissances qu'ils ont à acquérir. Nous faisons signer au patient un contrat dans lequel je m'engage au nom de l'équipe à lui enseigner tout ce qu'il a entouré en rouge et lui demande de s'engager à venir aux tables rondes qui vont être mises en place pour cela.

Concernant les avantages de l'éducation, elle implique le patient dans sa prise en charge ; il devient acteur de sa santé. Je passe sur les avantages pour sa santé et sa qualité de vie ainsi que sur la diminution des ré-hospitalisations, mais cela permet surtout une meilleure compréhension soignant-soigné, ce qui est au centre du débat qui se déroule ici.

L'inconvénient est toujours le même ; cela nécessite l'ingrédient le plus difficile à trouver : du temps. Autant on peut facilement dégager du temps pour des tables rondes et prendre les patients en groupe, autant l'étape du diagnostic et de la signature du contrat est un temps où le médecin et le patient doivent être disponibles tous les deux. Je ne vous cache pas que cela me prend une heure.

Marc HORWITZ : Pour faire la liaison avec Jean-Luc PLAVIS, les représentants des usagers ont-ils été consultés à un moment quelconque sur cette éducation thérapeutique et le programme que vous avez mis en place ?

Dr Monique DADOUN DYBAL : Non.

Marc HORWITZ : Au moins c'est clair ! Jean-Luc PLAVIS est correspondant du CISS Île-de-France auprès du Conseiller santé du médiateur de la République, que nous avons vu tout à l'heure.

Jean-Luc PLAVIS : Je suis aussi représentant des usagers dans un établissement en région parisienne, plus précisément dans une CRUQPC. Je veux surtout dans mon intervention brosser le portrait du représentant des

usagers dans une CRUQPC et apporter une vision de ce que peut être la relation entre des représentants des usagers et des professionnels de santé au sein d'un établissement.

La qualité de la prise en charge des usagers est pour moi indéniablement liée à leur représentation au sein des CRUQPC. Le représentant des usagers doit dans cette instance vraiment être le levier de l'efficacité et de la qualité. Il ne faut donc pas qu'il hésite à prendre la parole, à questionner les professionnels de santé, à les interpellier, et à être là aussi une force de proposition. Il est vrai qu'à travers cela nous sommes encore souvent considérés comme du poil à gratter au sein de l'établissement, vraiment négativement. Il faut que le représentant des usagers le soit un peu – c'est son rôle –, mais cela doit être fait dans un but constructif. Il est donc important que les représentants des usagers sachent prendre de la hauteur par rapport à leurs missions au sein de cette instance et de l'établissement. Comme Alain Michel CERETTI l'a rappelé ce matin, il faut aussi qu'ils soient en capacité de se placer dans la culture de l'erreur plutôt que dans celle de la faute, principalement pour ce qui concerne la gestion des plaintes.

La coopération avec les professionnels de santé est vraiment très importante. C'est grâce à sa capacité à coopérer avec eux et à se positionner comme un interlocuteur privilégié entre les soignants et les soignés que le représentant des usagers va pouvoir être reconnu par l'ensemble des acteurs au sein de l'établissement. En effet, on sait aujourd'hui qu'être RU veut dire s'engager dans une mission qui est quand même relativement importante et même lourde, car à travers la certification des établissements ils sont de plus en plus sollicités. On en arrive à une situation où d'une position de bénévoles on les engage peu à peu vers une professionnalisation sans pour autant leur donner les moyens d'effectuer leur mission.

Il est important aussi qu'une confiance et une transparence s'installent entre les représentants des usagers et tous les professionnels de l'établissement. Il faut pour moi – c'est en tout cas le message que j'essaie de faire passer auprès des représentants des usagers au sein du CISS Île-de-France – passer d'un sentiment d'opposition et de revendication à un sentiment de responsabilités partagées.

Il est également nécessaire – c'est une question très importante – que le représentant des usagers dans les CRUQPC soit beaucoup plus visible au sein des établissements de santé. Il n'est en effet pas forcément connu, et encore moins reconnu par les usagers – c'est une certitude –, mais en plus il est souvent très peu connu par les professionnels de santé, qui ne savent pas très bien quel est son rôle et quelles sont ses missions. Ils se demandent ce qu'il fait là, pourquoi il vient les ennuyer, etc. Il faut arriver à dépasser cette image.

Cette visibilité doit se traduire pour moi – Annie LABBÉ l'a rappelé – par un affichage beaucoup plus significatif dans les établissements de santé. Cela peut également passer par le site Internet de l'établissement, où l'on peut mentionner les coordonnées des représentants des usagers et surtout leur rôle ainsi que les missions qu'ils ont à remplir au sein de l'instance, ou par un badge, comme pour les professionnels de l'établissement, afin qu'ils soient reconnus et identifiés.

Nous sommes allés beaucoup plus loin au sein de mon établissement puisque nous avons été dotés par lui en tant que représentants des usagers d'un téléphone portable, notre numéro se trouvant sur le site Internet de l'hôpital et étant diffusé au sein de l'établissement. Je peux ainsi être contacté directement par les usagers lorsque des problèmes se posent.

Beaucoup d'établissements craignent que cela coûte cher mais nous sommes finalement très peu sollicités puisque certaines dispositions ont été prises en matière de gestion des plaintes, parce que les patients se renseignent auprès des cadres de santé quand ils ont un problème au sein même de l'établissement ou écrivent à son directeur. Néanmoins, pouvoir être en contact avec un représentant des usagers dès qu'un problème se pose permet parfois de désamorcer les conflits qui peuvent exister.

De par mon expérience et d'après ce que j'ai entendu dire par les représentants des usagers au sein du CISS Île-de-France, il faut vraiment parvenir à modifier les esprits, tant s'agissant des professionnels des établissements, toutes catégories confondues, que des représentants des usagers. *(Applaudissements)*.

Marc HORWITZ : Merci beaucoup. C'est la conclusion d'une journée durant laquelle on a effectivement parlé de cela. Y a-t-il des questions dans la salle ?

Daniel CARRÉ : Je suis administrateur du CISS Île-de-France et membre de la CRSA Île-de-France. Il existe d'énormes différences pratiques entre les différents établissements sanitaires. On a effectivement de très beaux exemples d'établissements dans lesquels la qualité est vraiment intégrée comme un outil de management et d'amélioration de la satisfaction des usagers, mais dans un certain nombre de cas, hélas très nombreux, il ne s'agit que des manifestations formelles qui se produisent quand les CRU se réunissent. J'en veux pour preuve le nombre extrêmement faible de rapports qui remontent à la Conférence régionale de santé Île-de-France, soit environ 40 %. Je ne veux pas être sévère sur la qualité mais un certain nombre d'entre eux sont totalement inexploitable. J'espère que l'on passera d'un formalisme qui est lourd à une démarche qui associera vraiment les usagers à l'amélioration de la qualité.

Marianne NOURY : Je suis représentante d'usagers dans plusieurs établissements publics et privés de l'Hérault. La question a été posée tout à l'heure de comment faire pour que les patients de base au quotidien connaissent mieux l'existence des représentants des usagers d'une part et les fonctions, rôles et pouvoirs des CRU d'autre part. Des solutions ont été à l'instant proposées par des établissements mais elles ne relèvent que d'initiatives de leurs directeurs. Il faut à mon avis changer d'échelle, et il est bien dommage que la personne du ministère soit partie. Il me semble en effet que pour légitimer l'existence et la fonction des représentants des usagers et des CRU il faudrait une action nationale qui ne peut relever que du ministère. Il a très bien su trouver des fonds pour faire des campagnes de communication extrêmement efficaces concernant, au hasard, la grippe A... *(rises)*, ou les antibiotiques ; c'est plus sérieux. Pourquoi n'en trouverait-il pas, ainsi que des moyens, pour valoriser et légitimer les CRU ? *(Applaudissements)*.

Marc HORWITZ : Je pense que les propositions qui ont été faites remonteront jusqu'à Mme FOURCADE.

Monique BEAUVALLET : Je suis représentante des usagers dans quatre établissements privés et j'appartiens à la Ligue contre le cancer. J'ai été stupéfaite quand j'ai vu lorsque je suis arrivée dans un établissement qu'il s'y trouvait déjà deux représentantes d'usagers qui n'appartenaient à aucune association. Je leur ai demandé si elles n'étaient vraiment rattachées à aucune association et toutes deux m'ont répondu : « Nous n'en avons pas envie. Nous connaissons bien la directrice. C'est elle qui nous a dit de venir »... Je me suis donc trouvée dans une position difficile – que j'ai assumée –, car j'étais vraiment « la méchante » qui se permettait de dire certaines choses, puisque pour ces personnes c'était du « copinage ». Est-ce possible ?

Marc HORWITZ : La salle est unanime pour dire que non !

Lamine GHARBI : Ce n'est pas possible mais cela existe encore.

Marc HORWITZ : C'est de la réalité de terrain.

Intervenante : Il est dorénavant obligatoire d'être membre d'une association agréée.

Intervenant : Qu'en est-il du statut des représentants des usagers ? Cela sous-tend une autre question : que se passerait-il en cas d'accident ? Comment serions-nous couverts juridiquement ?

Intervenant : À partir du moment où nous sommes nommés par les instances officielles, c'est-à-dire par l'ARS, nous sommes couverts par la responsabilité civile de l'établissement.

Marc HORWITZ : Qu'il soit public ou privé.

Intervenant : Cela ne répond pas à ma question sur le statut.

Intervenant : Je voudrais pour apporter un peu d'optimisme par rapport à ce que nous avons pu entendre témoigner d'une évolution qui se produit depuis quelques années entre les CRU que j'ai connues il y a quatre ou cinq ans et ce que l'on est arrivé à faire aujourd'hui, c'est-à-dire amener des usagers patients hospitalisés à intervenir dans des CRUQPC, même si ce n'est pas en totalité puisqu'une partie est confidentielle. Je voudrais dire aussi, pour rassurer certaines personnes, que les usagers et leurs représentants sont là non pas pour être des opposants mais tout au contraire pour travailler à l'unisson et réunir toutes les conditions pour que nous soyons tous ensemble des partenaires.

Jean-Luc PLAVIS : Il n'y a que de cette façon que nous pourrions avancer tous ensemble. Nous resterons si

nous nous opposons les uns aux autres dans la suspicion et la défiance, ce qui n'est pas le but. Maintenant, il faut aussi que chacun accepte et comprenne, qu'il soit directeur d'établissement, représentant des usagers ou professionnel de santé, que nous avons tous des intérêts particuliers à défendre, sans que cela nous empêche de travailler en bonne intelligence et d'apprendre à nous écouter et à échanger.

Annie LABBÉ : Je voulais simplement vous dire que pour avoir des renseignements sur nos formations, pour le CISS national comme pour les CISS régionaux, il vous suffit d'aller sur le site www.CISS.org.

Marc HORWITZ : Puisque nous sommes dans l'information sur les sites, je vous signale qu'il existe aussi un espace dédié à l'amélioration des CRU sur le site www.FHP-MCO.fr. C'est un site important qu'on peut consulter et je pense que si vous n'avez pas eu de réponse sur le statut des représentants des usagers vous en aurez sur leurs responsabilités.

Intervenante : Il n'y a pas de loi qui puisse régir l'harmonie entre les êtres. Elle ne peut se réaliser que par un effort constant de chacun. *(Applaudissements)*. ■

CONCLUSION

Marc HORWITZ : Merci. Je vais laisser la parole à Ségolène BENHAMOU pour quelques mots de conclusion mais avant qu'elle la prenne je vous rappelle que vous avez des questionnaires de satisfaction à mettre dans l'urne à la sortie.

Dans la salle : Bravo au dessinateur et à l'animateur ! *(Applaudissements)*.

Ségolène BENHAMOU : Je voudrais souligner en conclusion le succès de ce premier congrès puisque 250 participants étaient inscrits, à raison d'un tiers d'établissements de santé, un tiers de représentants des usagers et un tiers d'associations de patients. Nous voulons vous remercier chaleureusement d'avoir répondu présent à ce premier rendez-vous, qui prouve une réelle volonté de se connaître et de se rencontrer. Nous pouvons d'ores et déjà vous indiquer que nous renouvellerons l'expérience et que se tiendra l'année prochaine un deuxième congrès des usagers, puis nous l'espérons un troisième.

Pour reprendre un peu le déroulé de cette journée, je dirais que ce congrès était placé sous le signe de la transparence. Je pense notamment à la table ronde sur les dépassements d'honoraires. C'est un vrai sujet, qui dérange mais que nous n'avons pas souhaité occulter. On a pu appréhender les contraintes des différentes parties (les patients, les établissements de santé, les médecins et les mutuelles) et voir que des solutions sont à proposer. On ne peut que rejoindre celle de Christian SAOUT de porter ce sujet dans le débat public.

Ce congrès était également placé sous le signe de l'innovation. Tout d'abord avec l'intervention d'Alain-Michel CERETTI sur le dispositif du médiateur de la République – qui est insuffisamment connu des usagers et des professionnels – et sa plateforme, tout à fait



SÉGOLÈNE BENHAMOU
MEMBRE DU BUREAU FHP-MCO
EN CHARGE DES RELATIONS
AVEC LES USAGERS

intéressante, puis avec l'expérience allemande qui nous a été présentée de l'Université des patients, avec l'idée de faire de nos patients des patients responsables, qui je pense satisfait tout le monde.

Je voudrais dire enfin que ce congrès était placé sous le signe de l'amélioration du dialogue entre les établissements de santé et les représentants des usagers. C'était un peu l'objectif qui avait été fixé par Lamine GHARBI.

Nous concernant, nous avons pu vous faire une présentation de notre secteur par le biais de données chiffrées issues de sources officielles, afin que vous vous fassiez une idée précise et concrète de l'hospitalisation privée, au-delà des préjugés et idées reçues et sur la base d'expériences au sein de nos établissements, que ce soit la clinique Saint-Roch à Montpellier, la clinique Saint-François à Mainvilliers ou encore la clinique Mathilde à Rouen.

Nous avons pour notre part pu appréhender vos besoins. Vous avez exprimé, aussi bien les représentants des usagers que les associations, votre volonté d'amélioration du fonctionnement des CRU ainsi que de formation des représentants des usagers et d'information du grand public quant à leur rôle.

Je vous indique en conclusion que nous allons créer sur le site internet du FHP-MCO un espace dédié aux CRU que nous alimenterons au fur et à mesure. L'objet sera au début de mettre en relation les établissements et les représentants des usagers, car comme cela vous a été indiqué certains établissements n'ont pas encore trouvé

les leurs. Ce sera un premier axe d'amélioration. Nous enrichirons ensuite ce site en fonction des idées des uns et des autres. Encore une fois, nous vous demandons de bien vouloir nous rendre le questionnaire de satisfaction. Cela nous permettra d'enrichir le congrès l'année prochaine, sachant d'ores et déjà que nous prévoirons plus de temps d'échange avec la salle. Merci à tous. *{Applaudissements}*.

Marc HORWITZ : Il ne me reste qu'à fermer le bal mais je voudrais quand même remercier toutes les personnes qui ont fait en sorte que cette manifestation se déroule

extraordinairement facilement : Thierry BÉCHU et toute son équipe, Séverine DEFOSSE, Fatiha ATOUF, Virginie DUBOS, Virginy CORMERAIS, Chloé TEILLARD et Thibault GEORGIN. Isabelle GUERIN, la sténotypiste, grâce à laquelle les annales vont être faites – et je vous garantis que c'est du travail –, Michel HULIN, pour les quelques grands rires que nous avons eus et ses belles caricatures, et je n'oublierai pas Alexandre, qui s'est occupé du son pendant toute cette journée.

Merci à tous et bon retour pour ceux qui ont un grand voyage à faire. À très bientôt. *{Applaudissements}*. ■
La séance est levée à 17 h.

CONGRÈS
DES REPRÉSENTANTS
DES USAGERS



LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DE LA FHP-MCO



SÉGOLÈNE BENHAMOU
MEMBRE DU BUREAU FHP-MCO
EN CHARGE DES RELATIONS
AVEC LES USAGERS



ALAIN-MICHEL CERETTI
CHARGÉ DU PÔLE SANTÉ
ET SÉCURITÉ DES SOINS (P3S) AUPRÈS
DU MÉDIATEUR DE LA RÉPUBLIQUE



DANIEL BIDEAU
ADMINISTRATEUR NATIONAL
DE L'UFC QUE CHOISIR,
MEMBRE DE LA COMMISSION SANTÉ



DR MICHEL CHASSANG
PRÉSIDENT DE LA CSMF



DR JEAN-MARTIN COHEN SOLAL
DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA MUTUALITÉ
FRANÇAISE



JEAN-LUC DUBOIS
DIRECTEUR DE LA CLINIQUE MATHILDE,
ROUEN



CHRISTIAN SAOUT
PRÉSIDENT DU CISS



PR MARIE-LUISE DIERKS
DIRECTRICE DE L'UNIVERSITÉ
DES PATIENTS DE HANOVRE

CONGRÈS DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS



ANNIE LABBÉ
DÉLÉGUÉE GÉNÉRALE
DU CISS ÎLE-DE-FRANCE



DR ALEXANDRA FOURCADE
CHARGÉE DE LA MISSION USAGERS
DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS)
DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ



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



PIERRE MAURETTE
DIRECTEUR DE LA POLYCLINIQUE SAINT-ROCH,
MONTPELLIER



VÉRONIQUE BESSE
DIRECTRICE DE LA CLINIQUE SAINT-FRANÇOIS,
MAINVILLIERS



CLAUDE GUELDRY
DIRECTRICE DU BAQIMEHP



DR MONIQUE DADOUN-DYBAL
MÉDECIN COORDONATEUR,
CENTRE DE CARDIOLOGIE LA CHENEVIÈRE,
CALLIAN



JEAN-LUC PLAVIS
CORRESPONDANT CISS ÎLE-DE-FRANCE
DU PÔLE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

09h30

Accueil des participants

10h00 – 11h00

► Allocution d'ouverture, **Lamine GHARBI**, président de la FHP-MCO

**L'HOSPITALISATION PRIVÉE :
UN SECTEUR AU SERVICE
DE TOUS LES USAGERS**

► Les chiffres clés de l'hospitalisation privée, **Lamine GHARBI**, président de la FHP-MCO
 ► L'accessibilité des cliniques et hôpitaux privés, **Ségolène BENHAMOU**, membre du bureau FHP-MCO en charge des relations avec les usagers

11h00 – 11h30
**GESTION DES ATTENTES DES USAGERS :
LE RÔLE DE LA MÉDIATION**

► **Alain-Michel CERETTI**, médiateur de la République, Pôle santé sécurité des soins

11h30 – 11h45

Pause

11h45 – 13h00
**LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES :
DANS QUELLE MESURE ? QUELS ENJEUX ?**
Table ronde avec :

► **Daniel BIDEAU**, administrateur national de l'UFC Que Choisir, membre de la commission santé
 ► **Docteur Michel CHASSANG**, président de la CSMF
 ► **Docteur Jean-Martin COHEN SOLAL**, directeur général de la Mutualité française
 ► **Jean-Luc DUBOIS**, directeur de la clinique Mathilde, Rouen
 ► **Frédéric Van ROEKEGHEM**, directeur général de la CNAMTS (sous réserve)
 ► **Christian SAOUT**, président du CISS

13h00 – 14h00

Déjeuner

14h00 – 14h45
ENSEIGNEMENTS DE L'ÉTRANGER

► L'Université des patients : une initiative à engager en France ? L'exemple allemand, **Pr Marie-Luise DIERKS**, directrice de l'Université des patients de Hanovre

14h45 – 15h45
**LA FORMATION DES REPRÉSENTANTS
DES USAGERS :
UNE PRÉOCCUPATION DE TOUS**
Table ronde avec :

► **Docteur Jean-Luc BARON**, président de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée
 ► **Docteur Alexandra FOURCADE**, responsable de la Mission usagers de l'offre de soins (DGOS) ministère de la Santé et des Sports
 ► **Annie LABBE**, déléguée générale du CISS Île-de-France
 ► **Pierre MAURETTE**, directeur de la polyclinique Saint-Roch, Montpellier

15h45 – 16h45
**LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE
DES USAGERS :
RETOURS D'EXPÉRIENCES**
Témoignages de :

► **Véronique BESSE**, directrice de la clinique Saint-François, Mainvilliers (Eure-et-Loir)
 ► **Dr Monique DADOUN DYBAL**, Centre de cardiologie La Chenevière, Callian (Var), établissement lauréat des trophées 2010 de l'hospitalisation privée catégorie « Qualité »
 ► **Claude GUELDRY**, directrice du BAQIMEHP (Bureau de l'assurance qualité et de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée)
 ► **Jean-Luc PLAVIS**, correspondant CISS Île-de-France du pôle santé, sécurité des soins

16h45 – 17h00

Conclusion de **Ségolène BENHAMOU**, membre du bureau FHP-MCO en charge des relations avec les usagers

Animation : Marc HORWITZ, journaliste



chiffres

700
établissements

8,5
millions de séjours
soit 40% des
hospitalisations

66 000
lits et places
représentent près de
30% des capacités
d'hospitalisation en MCO
en France

PERSONNELS
156 000
infirmiers, sages-femmes,
aides soignants et
hôteliers

PRATICIENS
45 000

URGENCES

134
services d'urgences
pour 2 millions
de passages par an

MÉDECINE

25%
des séjours médicaux

**SOINS
PALLIATIFS**
20%
des prises en charge
en soins palliatifs

378
établissements
prennent en charge
20 500 patients

CANCÉROLOGIE

32%
des séances
de chimiothérapie

52%
de la chirurgie
carcinologique

52%
des séances
de radiothérapie

431
cliniques privées
et 57 centres libéraux de
radiothérapie détiennent
au moins une des trois
autorisations délivrées
par l'INCA [Chirurgie des
cancers, chimiothérapie,
radiothérapie]

CHIRURGIE

58%
des séjours chirurgicaux

71%
des séjours
de chirurgie ambulatoire

47%
des séjours chirurgicaux
dits « lourds »

30%
des séjours
de chirurgie cardiaque

DIALYSE
34%
de la prise en charge
de l'insuffisance rénale
chronique
1,7 million de séances
de dialyse dont
1,4 million sont réalisées
en centre.
11 000 patients
sont soignés dans
379 structures

OBSTÉTRIQUE

28%
des naissances

176
maternités privées
réparties dans
67 départements
prennent en charge
231 000 nouveaux-nés.

29
départements ne
disposent plus de
maternités privées
Le taux de césarienne est
de 22%, contre 20% dans
le secteur public.

INDICATEURS QUALITÉ

ICALIN

Indicateur composite
des activités de lutte
contre les infections
nosocomiales

81,1
pour les cliniques
de moins de 100 lits
et places

88,1
pour les cliniques
de plus de 100 lits
et places (moyenne
nationale 74,2)

ICSHA

Indicateur de consom-
mation des solutions
hydroalcooliques

42,5
pour les cliniques
de moins de 100 lits
et places

33,9
pour les cliniques
de plus de 100 lits
et places (moyenne
nationale de 26,3)

ICATB

Indice composite du bon
usage des antibiotiques

45,2
pour les cliniques
de moins de 100 lits
et places

54,4
pour les cliniques de
plus de 100 lits et places
(moyenne nationale
de 42,3)

DOULEUR

56%
Taux moyen de la
traçabilité de la douleur
dans le dossier patient
dans les cliniques privées
(moyenne nationale
40%)

TROUBLES NUTRITIONNELS

56%
Une notification du poids
dans les 48 premières
heures du séjour est
retrouvée dans 56%
des dossiers (égal à la
moyenne nationale)



CONGRÈS DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS



FHP-MCO

81, RUE DE MONCEAU – 75008 PARIS

TEL : 01 53 83 56 87 – FAX : 01 53 83 56 69

fhp-mco@fhp.fr

www.fhp-mco.fr