



Rebondir !

**Rapport
d'activités
2015**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

REBONDIR !

SÉGOLÈNE BENHAMOU
PRÉSIDENTE DU SYNDICAT NATIONAL
FHP-MCO

Une fois l'an, nous sommes heureux de porter à votre connaissance le bilan des travaux que votre syndicat a menés. Si nous vous avons informés au fur et à mesure des décisions prises et des actions déployées, ce rapport permet de les mettre en perspective et d'en montrer la cohérence.

Notre ligne politique est demeurée claire : nous défendons notre modèle médico-économique, nous revendiquons une équité de traitement entre les établissements de santé quel que soit leur statut juridique et nous nous battons pour davantage de transparence à tous les niveaux de décision. Au sein de la FHP-MCO, la vie démocratique a battu son plein : vos élus se sont réunis avec régularité et assiduité. Sans langue de bois, les débats parfois agités ont toujours été constructifs.

Je remercie très chaleureusement les membres du bureau et du conseil d'administration qui se sont impliqués tout au long de l'année et qui ont impulsé, guidé, arbitré les grands dossiers. Je souhaite exprimer des remerciements supplémentaires aux pilotes des groupes experts et à leurs membres qui portent les thématiques de la naissance, la qualité, l'optimisation des organisations et de l'activité, la médecine libérale ou encore la stratégie juridique.

Afin de les mettre en œuvre et d'assurer un service adhérent de haut niveau, la FHP-MCO dispose d'une équipe de permanents motivés, réactifs et imaginatifs. Pilotée par Thierry Béchu, elle répond à

vos questions, vous informe et anticipe les écueils qui guettent la profession. L'année 2015 était une année particulière, de combat, celui contre la loi de santé. Certains dangers ont pu être évités, d'autres demeurent et nous devons être extrêmement vigilants afin de défendre la place de nos établissements à côté des groupements hospitaliers de territoire. Dès l'été, nos forces ont été mobilisées pour faire entendre notre voix et nos argumentaires chiffrés dans la construction de la campagne tarifaire, sur laquelle pèse un plan triennal d'économies drastique.

La fin d'année a confirmé la généralisation du dispositif IFAQ : le principe d'un financement à la qualité que nous défendons depuis des années a ainsi été entériné et nous avons très activement participé à sa mise en œuvre.



Outre le travail d'argumentation et de négociation développé par l'équipe, la FHP-MCO a mené plusieurs actions symboliques : une rencontre « À cœur ouvert » avec nos élus pour se donner les moyens de la reconnaissance de notre secteur, une riposte juridique dissuasive et déterminée avec l'opération « 1000 recours » pour faire respecter l'équité de traitement et un engagement dans la COP 21 avec la plantation de la Forêt de l'hospitalisation privée.

Notre secteur traverse une période difficile, faite de contraintes budgétaires très fortes et de décisions politiques dogmatiques. Avec la FHP-MCO, c'est ensemble que nous saurons rebondir.

ÉDITO

PAGE 5
**DES ACTEURS
ENGAGÉS**

PAGE 25
**UN SERVICE
ADHÉRENT
QUALITATIF**

PAGE 45
**LES GRANDS
DOSSIERS**

PAGE 63
**LES TEMPS FORTS
SYNDICAUX**

PAGE 75
RETOURS SUR...

Rapport d'activité FHP-MCO 2015

Rédaction : services FHP-MCO et BVM Communication

Crédits : © FHP-MCO, © FHP, © BVM Communication
© Agence CocktailSanté/Philippe Chagnon,
© Dominique Lorieux, © Agence Caméléon/Hervé
Motte, © BVM Communication, © Jill Enders, © Ville
Le Mans, © Clinique Saint Joseph, © Nouvelle
Clinique St-François, © Polyclinique la Ligne Bleue,
© Polyclinique Saint-Côme, © Groupe Courlancy,
© Clinique de la Défense, © Polyclinique Sainte
Marguerite, © Polyclinique de Navarre, © Polyclinique
du Parc, © Polyclinique du Cotentin, © Clinique Tivoli
Ducos, © Clinique du Fief de Grimoire, © Clinique Victor
Hugo, © Polyclinique du Bois, © Cliniques Keraudren,
© Pasteur-Lanroze, © Grand Large et Elorn, © Clinique
Pasteur, © Polyclinique de Blois, © Clinique des Cèdres,
© Clinique Saint George, © Diaverum, © Pôle Santé
Oreliance, © Clinique Clementville, © CHP St-Grégoire,
© iStock, © Shutterstock

Maquette : BVM Communication - mai 2016

Imprimé en France.

Plus de
6,4
millions
de séjours

64000

lits et places au sein
des 575 établissements
MCO

121

structures d'urgences

2,5

millions de patients
accueillis en urgence

25 %

des patients CMU,
CMUC, AME

33000

médecins exercent
au sein des cliniques
et hôpitaux privés

77000

infirmier(e)s, sages-femmes,
aides-soignant(e)s,
administratifs, hôteliers

26 %

de l'offre MCO

Médecine

2,6

millions de séjours
en médecine

Chirurgie

3,6

millions de séjours
en chirurgie

55 %

des séjours chirurgicaux

67 %

de la chirurgie ambulatoire

Obstétrique

23 %

des prises en charge des grossesses
et de l'accouchement

Cancérologie

46 %

de la chirurgie carcinologique

31 %

des séances de chimiothérapie

**Insuffisance rénale
chronique**

2,3 millions

de séances d'hémodialyse,
soit 38 % de parts de marché

Les indicateurs généralisés de qualité des soins

Le recueil obligatoire d'indicateurs a débuté en 2004 dans le cadre de la lutte contre le risque infectieux, avec la publication du « Tableau de bord des infections nosocomiales » (TBIN).



ICALIN 2

INDICE COMPOSITE DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

93,7 % des cliniques MCO de plus de 100 lits et **91,2** % des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A (premier rang) ou B (second rang).



ICSHA 2

INDICE DE CONSOMMATION DES PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES

88,9 % des cliniques MCO de plus de 100 lits et **86,8** % des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A (premier rang) ou B (second rang).



ICA LISO 2

INDICATEUR COMPOSITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS DU SITE OPÉRAIRE

92,7 % des cliniques MCO de plus de 100 lits et **92,2** % des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A (premier rang) ou B (second rang).





DES ACTEURS ENGAGÉS

DISPOSER DE VALEURS COMMUNES EST NOTRE FORCE !

Des valeurs communes à notre secteur nous permettent de former un tout dans un environnement déjà marqué par la pluralité de nos organisations et nos capitaux. Elles donnent du sens à nos actions quotidiennes. Depuis la création de la FHP-MCO, ces quatre valeurs restent immuables et sont partagées toujours plus largement.

1. L'HUMAIN / LA PERSONNE

Nos organisations sont construites autour du patient et non l'inverse. L'organisation prend en compte les attentes et les besoins des patients, en un mot, son parcours.

2. LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

C'est une préoccupation de tous les instants dans l'intérêt bien compris de nos patients et de la pérennité de nos structures. Les indicateurs qualité aujourd'hui publiés en témoignent mais également les résultats de deux expérimentations de l'incitation financière à la qualité (IFAQ 1 & 2).

3. LA RESPONSABILITÉ DE NOS ENGAGEMENTS

Nous sommes par nature des acteurs responsables car les réalités de la vie économique nous obligent à gérer nos organisations en professionnels avisés. Avec un quart des établissements en déficit, nous pouvons légitimement nous inquiéter de cette situation. L'hospitalisation privée a montré sa capacité à s'adapter aux situations difficiles (restructuration des dernières décennies), aux évolutions du secteur (développement de la chirurgie

ambulatoire dès les années 90 et sa poursuite dans le cadre d'une nouvelle vague de pratiques médicales), aux progrès technologiques (développement de la coelochirurgie, robot en urologie, technique VNUS, etc.), aux besoins de prise en charge plus globale des patients dans tous les domaines de la médecine, tout en maintenant une qualité des relations humaines dans la prise en charge.

4. L'EFFICIENCE

Le différentiel tarifaire toujours inacceptable de 21 % entre les secteurs public et privé rappelle à chacun notre efficacité. N'émargeant qu'à 1 % des enveloppes MIGAC et FIR, nos établissements de santé ne disposent pas de compléments de ressources pour compenser la faiblesse des ressources tarifaires.

Mais nous avons aussi un héritage constitué autour de deux grands principes, facteurs clés de développement et de succès de l'hospitalisation privée, adoptés après-guerre : le libre accès aux soins et la gratuité des soins. Préservons-les !

NOTRE PROFESSION ASSURE DES MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE QUE NOUS REVENDIQUONS !

1. Accueil et accessibilité

Nous prenons en charge des missions de service public, et à ce titre, plus de 2,2 millions de patients sont accueillis dans nos services d'urgences chaque année. Les établissements de santé privés accueillent les patients de leur territoire et garantissent l'accessibilité sociale. 25 % des patients précaires (jusqu'à 40 % dans certaines régions) sont ainsi pris en charge par l'hospitalisation privée. Enfin, nous accueillons des patients « lourds ». Chaque année, notre secteur accueille 124 000 séjours en clinique, quand 50 000 séjours sont pris en charge en centre hospitalier et 200 000 séjours en CHU (source : ATIH).

2. Accompagnement des patients et de la famille

Nous accueillons 20 % des patients en soins palliatifs et 48 % de la chirurgie carcinologique. Nos professionnels de santé sont impliqués dans les réseaux, les dispositifs d'annonce et le suivi du parcours des patients. De nombreuses maternités participent à la prise en charge globale des parturientes en amont et aval de l'accouchement.

3. Acteur de santé

Le secteur privé revendique son positionnement de services au public car il assume pleinement son rôle au sein des enjeux de santé publique (urgences, cliniques isolées, hôpital de proximité, participation à la permanence de soins, formation des internes, plan cancer 3, etc.).

4. Action de prévention et d'éducation

Nos établissements s'impliquent activement dans l'éducation thérapeutique auprès de patients accueillis en service de dialyse, cardiologie, obésité, cancérologie, etc. Nous intervenons en amont et en accompagnement de la prise en charge curative dans une logique de parcours du patient.



UN SYNDICAT À VOTRE SERVICE

Pour mieux vous servir, notre objectif est de répondre à vos attentes :

1. Défendre les intérêts de notre secteur
2. Vous informer
3. Vous accompagner, soutenir et conseiller
4. Assurer un travail de lobbying

Car vos préoccupations sont les nôtres : tarification, relations avec le corps médical et recrutement des médecins, contraintes réglementaires, relations avec les ARS, enjeux de la régionalisation et la gestion des autorisations.

Une feuille de route construite autour de cinq axes

1. Assurer un service de haut niveau aux clients/adhérents
2. Promouvoir une politique de la transparence et d'équité
3. Assurer une mutation responsable
4. Engager nos établissements dans les grandes mutations de notre société
5. Veiller à l'implication des parties prenantes

DES ADHÉRENTS ÉLUS POUR DÉFENDRE LA PROFESSION

Ils sont 12, directrices et directeurs d'établissements privés MCO et constituent le bureau du syndicat. Ils font partie du conseil d'administration et se réunissent mensuellement pour débattre et soumettre des projets au conseil d'administration.



**Ségolène
BENHAMOU**
Présidente



**Jean-Marc
FRÉNEHARD**



**Dr Dominique
POELS**
Vice-président



**Marie-France
GAUCHER**



**Pascal
DELUBAC**
Secrétaire général



**Gérard
REYSSEGUIER**



**Jean-Daniel
SIMON**
Trésorier



**Paolo
SILVANO**



**Dr Marc
ATTIA**



**Dr Denis
FRANCK**
Président de l'AFC-UNHPC



**Béatrice
CAUX**



**Dr Gilles
SCHUTZ**
Président de la FHP-Dialyse

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

56 administrateurs siègent au conseil d'administration. Ils arrêtent les grandes orientations de la profession au fil de l'année et lors d'un séminaire stratégique en septembre, organisé cette année à Bordeaux.

Christophe ALFANDARI

Romain AURIAC

Dr Christophe BAILLET

Yves BARBREAUX

Gérard BARON

Isabelle BIELLI-NADEAU

Dominique BOULANGÉ

Eric CALDERON

Philippe CARBONEL

Maxime CARLIER

Dr Ange CUCCHI

Hervé DARAGON

Stephan DE BUTLER

Pierre DE VILLETTE

Aimery DELEFLIE

Fabrice DERBIAS

Christine DERMER

Danièle DEVAUCHELLE

Sophie DOSTERT

Jean-Luc DUBOIS

Isabelle DUMONT DA SILVA

Dr Jean-Pierre FOULON

Frédérique GAMA

Jean-Henri GAUTIER

Hervé GOURGOUILLON

Christian GUICHARD

Maylis GUIGUEN

Vincent LACOMBE

Philippe LEVACHER

Stéphane LOCRET

Dr Anne MALLET

Bruno MARIE

Patrick MERLIN

Sébastien MOUNIER

Henri NAGAPIN

Yves NOËL

Dominique PON

Dr Max PONSEILLÉ

Laurent RAMON

Christophe REGNIEZ

Yvan SAUMET

Dr Philippe SOUCHOIS

Olivier VERRIEZ

Patrick WISNIEWSKI

Les administrateurs accueillent régulièrement des experts qui les éclairent dans leurs décisions. Les personnalités suivantes sont intervenues en 2015 au conseil d'administration.

Sophie AT, *expert-comptable*

Marianne BINST, *directrice générale, SantéClair*

Gilbert BORG, *commissaire aux Comptes*

M^e Maxence CORMIER, *avocat, cabinet Cormier & Badin*

Déborah CVETOJEVIC, *cheffe plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës, DGOS*

François DEMESMAY, *directeur général délégué, CAPIO*

M^e Thierry DUGAST, *avocat, Saint Louis Avocats*

Lamine GHARBI, *président FHP*

Catherine GRENIER, *chef de Service IPAQSS – HAS*

Élisabeth TOMÉ-GERTHEINRICH, *déléguée générale FHP*

SYNDICAT PARTENAIRE **FHP-DIALYSE** DES CENTRES DE DIALYSE PRIVÉS EFFICIENTS

INCONTOURNABLE

Avec la prise en charge de 36,7 % des patients en séances d'hémodialyse, notre secteur est incontournable. Il n'est pas inutile de le rappeler.

On compte en France entre 1,7 et 2,5 millions de personnes en insuffisance rénale chronique (IRC) avant le stade terminal et environ 70 500 personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Environ 46 % de ces derniers sont traités par greffe rénale et 53 % par dialyse. La moyenne d'âge des patients traités par dialyse est aujourd'hui de 71 ans. Deux patients sur cinq traités par dialyse souffrent d'un diabète. Avec le vieillissement de la population, le nombre de patients augmente de 3 % par an.

UNE PREMIÈRE VICTOIRE À SAVOURER

Il aura fallu 18 longs mois pour obtenir une première simplification des normes en dialyse : le délai de renouvellement des générateurs passe de sept à dix ans ! Une goutte d'eau au regard de l'ampleur et de l'urgence du chantier. Un dossier au long cours qui aurait dû être poursuivi en 2016 mais qui a été remis aux ordonnances de la loi de santé du 26 janvier 2016.



« La crise économique et politique que traverse notre secteur de l'hospitalisation privée n'épargne en rien celui de la dialyse. Nos tarifs en centre ont baissé de 4,72 % en mars 2015 ! »

DR GILLES SCHÜTZ,
PRÉSIDENT
DE LA FHP-DIALYSE

UNE RESPONSABILISATION DES ACTEURS : UNE CHARTE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

En juillet dernier, nous envoyions aux centres de dialyse adhérents à la FHP-Dialyse, une charte rédigée conjointement avec le Syndicat des néphrologues libéraux (SNL). Elle a pour objectif de réaffirmer nos engagements relatifs à la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques. Elle engage collectivement les établissements, équipes médicales et de soins sur la qualité des soins et l'accompagnement proposé aux patients, le tout étant sans reste à charge pour les patients dans l'ensemble de leur parcours de soins néphrologique. L'utilisation de cette charte est laissée à la discrétion de chaque établissement.

UNE VIGILANCE ET UNE REPRÉSENTATION PERMANENTES

La FHP-Dialyse vous représente au sein des instances fédérales et des grands rendez-vous de la profession.

La FHP-Dialyse porte la parole de la dialyse au sein du Comex de la FHP, du bureau et conseil d'administration de la FHP-MCO. De nombreux rendez-vous ont été également organisés avec les tutelles et les autres parties prenantes des centres de dialyse. Par ailleurs, communiqués de presse et newsletters (Infodialyse) permettent en interne comme en externe de communiquer sur nos enjeux et attester de nos réalisations.



RÉTABLIR LA VÉRITÉ !

Six erreurs majeures du rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale 2015, dans son chapitre sur l'insuffisance rénale chronique, nous ont poussés à réagir et à rétablir la vérité.

Un argumentaire pour démontrer les erreurs de la Cour des comptes. À consommer sans modération !

1. Des patients plus lourds orientés vers des prises en charge plus légères !

La Cour des comptes constate une progression du nombre de patients souffrant d'insuffisance rénale chronique, marquée par une baisse chez les personnes de moins de 65 ans et une hausse chez les plus de 75 ans, les diabétiques et les polyopathologiques. Pourtant, elle dénonce une part toujours prépondérante des prises en charge en centres lourds et prône une réorientation vers les structures les moins médicalisées. Or, la moyenne d'âge des patients sous dialyse en France est de 71 ans. Prétendre que 40 % d'entre eux pourraient se satisfaire de dialyse à domicile, c'est tout simplement ignorer les réalités face à des patients souvent peu autonomes et atteints de polyopathologies lourdes. La dialyse à domicile est un vœu pieux car elle est malheureusement et tout simplement incompatible avec l'état de nombreux patients.

2. Les unités de dialyse médicalisée ne seraient plus à la mode !

Les unités de dialyse médicalisée se sont considérablement développées, souvent sous l'impulsion des ARS. Mais le rapport 2015 semble critiquer le développement de ce mode de prise en charge. La Cour des comptes prônerait-elle un retour à la situation d'avant 2002 ?

3. Une stigmatisation inacceptable des néphrologues

Nos néphrologues sont des professionnels responsables : leurs décisions sont prises dans l'intérêt du patient et non en fonction de considérations financières. Si l'on prend le cas de la dialyse péritonéale à domicile, nombreux sont ceux, médecins ou patients, qui ne sont pas du tout convaincus par cette technique.

4. Rémunérer la prise en charge des maladies chroniques

Les moyens n'ont jamais été donnés aux médecins, lorsque la justification médicale existait, pour que leur travail soit rémunéré à sa juste valeur dans le cadre d'une rémunération au forfait plutôt qu'à l'acte ! La Cour des comptes confond la prescription médicale, qui relève de la responsabilité des médecins, avec les honoraires qui ne sont pas une rente de situation.

5. Des comparaisons internationales erronées

La Cour des comptes compare le coût moyen de la dialyse dans trois pays européens rapporté à celui en France. Elle indique ainsi un coût de 859 € à 1.018 € en France et de 496 € en Allemagne, commettant au passage une grossière erreur puisqu'elle confond le coût d'une séance de dialyse avec celui d'un traitement hebdomadaire (3 séances). Ces comparaisons ne sont pas pertinentes car on compare des modes de prise en charge différents, avec un âge moyen des patients différent (66 ans en Allemagne contre 71 en France), un périmètre réglementaire qui n'est pas le même, que ce soit au vu des normes excessives que nous connaissons en France que du nombre et de la taille des sites.

6. Une distorsion de la réalité sur la rentabilité des centres

La Cour des comptes avance un « *taux de marge en 2012 qui peut être estimé à 40 %* ». Or, cet indicateur crée une confusion car il ne prend pas en compte la masse salariale. De tels indicateurs (marge brute, taux de marge brute) sont peu pertinents pour un secteur de soins qui fait appel à d'importantes ressources humaines.

Charte

DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS INSUFFISANTS RÉNAUX CHRONIQUES

Cette charte rédigée conjointement par la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) et le Syndicat des néphrologues libéraux (SNL) a pour objectif de réaffirmer nos engagements relatifs à la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques (IRC). Elle engage collectivement les établissements, équipes médicales et de soins sur la qualité des soins et l'accompagnement proposé aux patients, le tout étant sans reste à charge pour les patients dans l'ensemble de leur parcours de soins néphrologique.

1. Optimiser les parcours de soins et de vie

L'établissement et l'équipe médicale s'engagent auprès des patients à :

- favoriser leur accès à la greffe ; permettre le choix libre et éclairé de leur traitement ;
- optimiser leur prise en charge et leur parcours de vie.

2. Le dispositif d'annonce et d'information des patients

L'établissement et l'équipe médicale s'engagent à proposer à chaque patient, tout au long de son parcours, un dispositif d'annonce et d'information lui permettant de bénéficier :

- de conditions optimales d'annonce (de la nécessité du recours à un traitement de suppléance, ou d'un changement de technique, ou d'un retour de greffe, d'un événement intercurrent) ;
- d'une qualité et exhaustivité de l'information délivrée, de la possibilité d'exercer un choix libre et éclairé, dans un contexte de décision médicale partagée ;
- d'un accompagnement optimal, en fonction de ses besoins et aspirations, y compris dans la durée.

L'établissement et l'équipe médicale s'engagent à apporter aux patients une information complète, précoce et objective :

- sur les différentes modalités de traitement (en ce compris de la transplantation), leurs modalités complètes et leur adéquation médicale et non médicale à la situation du patient ;
- sur l'accompagnement, les soins de support et programmes d'éducation thérapeutique disponibles.

Une information sur l'accès des patients aux structures sociales et associations de patients leur sera donnée.

3. Accès à la transplantation

L'établissement et l'équipe médicale s'engagent à promouvoir la transplantation comme traitement de première intention de l'insuffisance rénale terminale pour les patients qui peuvent en bénéficier et notamment :

- informer tous les patients de l'ensemble des possibilités de transplantation ou d'inscription ;
- entretenir des relations de qualité avec les équipes de greffe de proximité ;
- faciliter l'organisation des bilans pré-greffe ;
- assurer le suivi et l'actualisation des bilans ;
- garantir la formation continue des personnels.

4. Autonomie

L'établissement et l'équipe médicale s'engagent à favoriser l'autonomie du traitement des patients qu'ils prennent en charge.

5. Qualité de la dialyse (respect des recommandations de bonnes pratiques) et évaluation

L'établissement et l'équipe médicale s'engagent à respecter les recommandations de bonnes pratiques, telles que définies dans les référentiels nationaux et internationaux et à participer à l'ensemble des démarches de recueil d'information permettant l'évaluation de la qualité des soins, notamment les registres REN et les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (IPAQSS) de la Haute autorité de santé (HAS).

6. Durée, fréquence et personnalisation de la dialyse

L'établissement s'engage à mettre à disposition de l'équipe médicale les moyens suffisants afin d'assurer la qualité du traitement, c'est à dire :

- pour les patients en dialyse en centre :
 - à respecter le format minimal de dialyse de trois séances et douze heures par semaine, qui relève d'une prescription médicale et tel que défini dans les recommandations françaises et internationales ;
 - à rendre possible, de manière transitoire ou permanente, l'adaptation du traitement aux besoins et aux projets de vie des patients ;

- pour les patients en dialyse à domicile :
 - à garantir une qualité du traitement conforme aux recommandations et aux évolutions technologiques, en ce compris également d'une étude préalable sur les conditions de réalisation à domicile ;
 - à proposer une aide à domicile s'ils perdent leur autonomie ou s'ils en font la demande ;
 - à adapter le traitement à l'évolution de leur situation médicale, ou pour toute raison par une évolution de la modalité de suppléance.

7. Relations soignés-soignants et bientraitance

L'établissement et l'équipe médicale s'engagent à promouvoir une culture de la bientraitance et la qualité de la relation soignant-soigné, notamment :

- en faisant en sorte que la confidentialité, l'intimité et la dignité des personnes soient respectées en toutes circonstances ;
- en garantissant à chaque personne soignée la possibilité, si elle le souhaite, d'accéder à des consultations néphrologiques, en dehors des séances de dialyse, dans un lieu permettant le respect de la confidentialité et de leur intimité ;
- en sensibilisant et en formant l'ensemble des équipes de soins à la relation soignant-soigné et à la promotion et la valorisation d'une culture de bientraitance.

8. Satisfaction des patients

L'établissement s'engage à effectuer sur une base au moins annuelle une évaluation anonyme de la satisfaction des patients et d'en communiquer les résultats. En outre, l'établissement s'engage à prendre en compte les demandes et les réclamations des patients et à mettre en place une procédure simple permettant de les recueillir.

9. Lutte contre la douleur

L'établissement s'engage à lutter contre la douleur des patients dialysés, conformément au contrat d'engagement contre la douleur.

10. Confort

L'établissement s'engage à :

- à veiller au confort des patients durant les séances de dialyse, en termes de qualité de literie et fauteuils utilisés, de mise à disposition à la demande de draps et couvertures, de chauffage et de climatisation, d'environnement acoustique et de collation pendant les dialyses ;
- à la mise à disposition d'un accès à la télévision et d'un espace personnel ;
- à la mise à disposition d'un accès wifi.

11. Hygiène

L'établissement s'engage à assurer la propreté des locaux et de ses équipements, à respecter les procédures de lutte contre les infections nosocomiales et à former régulièrement ses équipes soignantes sur ce sujet.



SYNDICAT PARTENAIRE **AFC-UNHPC** UNE ACTIVITÉ EN CANCÉROLOGIE INCONTOURNABLE

« L'hospitalisation privée est trop souvent reléguée par certains à un statut d'acteur par défaillance des autres opérateurs, notamment publics. Mais il n'en est rien. Avec 500 établissements autorisés en cancérologie, avec des médecins sortant des mêmes facultés, avec des infirmiers et aides-soignants formés au sein des mêmes écoles, nous assumons la prise en charge des patients, de tous les patients, dans les mêmes conditions de qualité et de sécurité des soins, y compris pour des activités relevant d'une cause nationale comme le cancer. »



DR DENIS FRANCK
PRÉSIDENT
DE L'AFC-UNHPC



DR ANNE MALLET,
SECRÉTAIRE NATIONAL
DE L'AFC-UNHPC

L'ACTIVITÉ PRIVÉE EN CANCÉROLOGIE EN CHIFFRES

- > 52 % des radiothérapies (48 % des cancers du sein en radiothérapie) ;
- > 45,2 % des actes en chirurgie carcinologique ;
- > 31,6 % des chimiothérapies ;
- > 25,1 % des séjours en médecine pour une prise en charge d'un cancer.

Le délai moyen entre une coloscopie et l'acte chirurgical est de 22,7 jours dans les établissements de santé privés, de 27,5 jours dans les centres de lutte contre le cancer et de 29,5 jours dans les CHU.

DES MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR VOUS ACCOMPAGNER ET VOUS DÉFENDRE

Des actions transparentes

Le bureau de l'AFC-UNHPC s'est réuni 11 fois en 2015, l'occasion de faire un point sur l'actualité mensuelle et agir en conséquence.

Les membres du bureau ont travaillé notamment sur les moyens d'aider les établissements privés à devenir des acteurs incontournables de la recherche clinique. Ainsi, l'AFC-UNHPC a réalisé en 2015 une enquête sur les recherches cliniques effectuées dans le secteur privé et a travaillé à l'élaboration d'un guide pour permettre aux équipes de cancérologie de se structurer, afin de pouvoir développer ces activités, se regrouper et à terme, doubler le nombre de patients inclus dans des

protocoles de recherche, conformément à l'un des objectifs fondamentaux du Plan cancer 3.

Vous êtes déjà 73 % à vous être engagés dans la recherche clinique.

Le bureau a aussi mené des actions avec les anatomopathologistes libéraux pour maintenir la filière chirurgie oncologique privée à son haut niveau de qualité.

Un suivi d'informations est envoyé aux adhérents : 365 mails d'information ont été transmis au fil de l'eau, dont 52 revues de presse et 43 bulletins « *En oncologie cette semaine* ».

86 demandes

86 d'entre vous nous ont posé des questions concernant la prise en charge des patients atteints de cancer. La plupart de vos demandes ont trait aux autorisations de oncologie ou aux organisations

techniques nécessaires à la chimiothérapie ou aux soins de support.

Cette année particulièrement, l'AFC-UNHPC a été amenée à vous soutenir dans l'élaboration des dossiers d'appels à projets de l'INCa et de la DGOS sur les infirmières de coordination ou la chirurgie ambulatoire en oncologie.

L'AFC-UNHPC vous représente aux rdv de la profession

L'AFC-UNHPC porte la parole de la oncologie aux réunions fédérales : 10 Comex FHP, 8 bureaux et 3 conseils d'administration de la FHP-MCO, assemblées générales des régions Aquitaine, Bretagne et Normandie , 8 réunions des délégués régionaux, 4 du CLAHP, 3 commissions Communication, 3 commissions Juridique et 3 HAD, enfin 3 comités de direction du BAQIMEHP.

Table ronde
« *Oncologie privée, la filière est-elle en danger ?* »
Convention FHP-MCO, juin 2015



L'AFC-UNHPC participe activement aux grands événements de la profession

- > Une matinée, « Cancérologie privée. La filière est-elle en danger ? » était organisée pendant la Convention FHP-MCO en juin 2015. L'occasion pour le Dr Denis Franck de marteler ses messages : « *Nous sommes incontournables ! Nous sommes dynamiques et nous nous distinguons par des délais de prise en charge courts, une organisation et des capacités de travail différentes et performantes.* »
- > La Journée de rentrée de la FHP.
- > Le Congrès des usagers organisé par la FHP-MCO.
- > Les RCFr.
- > Le Club des soins palliatifs. Le député Jean Leonetti est venu présenter la mission sur la fin de vie et des propositions pour améliorer la prise en charge de la fin de vie.
- > Le Club des médecins DIM. L'INCa est venue présenter les résultats de sa première cohorte cancer sur les trajectoires des femmes atteintes d'un cancer du sein.
- > Mais aussi 4 bureaux et 1 assemblée générale du Syndicat national des radiothérapeutes oncologues.

L'AFC-UNHPC porte votre parole auprès des tutelles

Comme promis, l'INCa a mis en place des rencontres institutionnelles avec les fédérations. Dans ce cadre, 2 réunions plénières ont regroupé autour d'une même table l'INCa, Unicancer, la FHF, la FEHAP et l'AFC-UNHPC. Ces plénières sont précédées de réunions bilatérales entre chaque fédération et l'INCa. Par ailleurs, ce sont 4 conseils d'administration qui se sont tenus en présence du Dr Denis Franck. Enfin, l'AFC-UNHPC a eu l'occasion d'exprimer vos préoccupations au cours d'une journée consacrée à la radiothérapie. Avec l'ATIH, 2 réunions du comité de pilotage pour un nouveau modèle tarifaire de radiothérapie et 6 réunions techniques se sont tenues mais n'ont pas permis d'aboutir à un forfait pour la radiothérapie. Une bataille que nous n'abandonnons pas en 2016. Par ailleurs, le CORETAH, et donc son Comité de pilotage cancer, a disparu en 2015.



À la suite de l'enquête de coûts réalisée par l'ATIH pour construire des forfaits en radiothérapie, la profession des oncologues-radiothérapeutes a proposé à la DGOS une méthode de hiérarchisation des actes qui prend en compte les aspects techniques et humains de ce métier. Avec la DGOS, 5 réunions se sont tenues sur le sujet des dosimétristes et 5 sur les radiophysiciens autour de la problématique des nouveaux métiers de la cancérologie et l'élaboration d'un cadre juridique et des référentiels de compétence et de formation. Ces 2 métiers sont désormais reconnus professions de santé. Le référentiel de formation sera élaboré en 2016. Une réforme du système des autorisations et des systèmes de tarification est envisagée. Elle est portée par la « mission Véran » qui a démarré en cette fin d'année. Que ce soit pour les chimiothérapies orales, la chirurgie ambulatoire, les soins de support, nous sommes régulièrement consultés par l'INCa ou la DGOS qui engrangent données et informations pour aboutir à des tarifs... en 2018. Enfin, l'AFC-UNHPC a été interviewée par la Cour des comptes dans le cadre de l'enquête sur le fonctionnement des centres de lutte contre le cancer.

LA FHP-MCO ET L'AFC-UNHPC S'ENGAGENT POUR OCTOBRE ROSE



Lors de la préparation des « Fils Roses » pour cette année 2015, nous avons fait le choix de ne pas évoquer les partisans de l'anti-dépistage.

Mais compte tenu de l'ampleur de la campagne des « antis » dénommée « Cancer-Rose », nous tenons à nous inscrire en faux sur un grand nombre de leurs arguments :

- La mammographie « outil de diagnostic mais pas de dépistage » selon eux ;
- Le risque de surdiagnostic ;
- Le dépistage comme une source d'anxiété pour les femmes ;
- Pas de bénéfice au dépistage : toujours autant de grosses tumeurs, pas d'amélioration de la longévité des femmes, etc.

Il est bien démontré que la survie des femmes atteintes d'un cancer (dépisté ou découvert autrement) augmente de façon précise depuis 2005, soit depuis le début du dépistage organisé. Et parce que les tumeurs diagnostiquées le sont à un stade de plus en plus précoce, leur traitement est de moins en moins lourd et agressif.

Doit-on demander aux femmes de ne pas être dépistées pour éviter une certaine angoisse au moment de la mammographie et devoir subir ensuite des traitements lourds et parfois difficiles à assumer ?

Sans parler des coûts pour la collectivité : le traitement d'un cancer du sein avancé (soit : chirurgie + chimiothérapie + radiothérapie) est trois à quatre fois plus élevé que lorsque la tumeur est diagnostiquée tôt, et que le seul traitement par chirurgie, par exemple, est suffisant.

DES NOUVEAUX OUTILS ET SUPPORTS

Un nouveau site internet : www.unhpc.org

L'accès à la totalité de la base documentaire et réglementaire, aux différentes publications et aux applications, est facilité pour les adhérents.

Une importante base documentaire prioritairement sur la cancérologie en France et à l'étranger, mais aussi sur la santé dans le secteur privé et la médecine libérale est également disponible en accès libre.



Fils bleus et Fils roses

Parce que le dépistage est au cœur de la lutte contre le cancer, l'AFC-UNHPC a renouvelé en 2015 la production commune avec la FHP-MCO des Fils roses (5 numéros), et lancé celle de Fils bleus (3 numéros), diffusés largement auprès des établissements à l'occasion des deux campagnes nationales de dépistage du cancer du sein et du côlon, respectivement : Octobre Rose et Mars Bleu. Autant de tribunes offertes aux établissements de santé privés en cancérologie qui rivalisent d'originalité et de constance dans leurs initiatives.



édito

Le cancer du côlon : 2 sujets tabous !

Avec 35 000 nouveaux cas par an, c'est le 3ème cancer en France (après celui du poumon et du sein) et la 2ème cause de décès par cancer.

Le côlon étant un organe profond, le dépistage est d'autant plus indispensable pour détecter cette pathologie le plus tôt possible, et accroître les chances de survie avec une qualité de vie satisfaisante. Pourtant, actuellement 50 % des cancers du côlon ne sont diagnostiqués qu'aux stades III ou IV.

GROUPE EXPERT NAISSANCE

Inclure la nature « d'urgence » de la naissance

“

Nous fédérons aujourd'hui 138 maternités privées et nous rappelons aux mamans de 31 départements français, qu'elles n'ont plus le choix de leur maternité car dans ces territoires, les maternités privées ont toutes fermées. »

Référente
FHP-MCO :
Sophie Busquet
de Chivré

« Le monde de la périnatalité est en pleine mutation et si la diminution de la natalité attestée par le dernier rapport de l'INSEE est générale, nous subissons cette baisse encore plus durement que le secteur public. Nous avons pu faire bouger quelques curseurs au cours de l'année mais la plus grande avancée reste l'augmentation des tarifs de deux GHM naissance dans la campagne tarifaire 2016. C'est le fruit du travail des négociations fermes et argumentées que Ségolène Benhamou et Thierry Béchu ont tenu en direct avec la DGOS », déclarent les pilotes du groupe, Marie-France Gaucher et Gérard Reyseguier.

Le groupe expert s'est réuni à trois reprises en 2015 et demeure l'interlocuteur de la commission naissance du ministère de la Santé. « Nous y avons rappelé que le projet des maisons de naissance n'est pas une alternative convaincante aux

accouchements à domicile et qu'il aurait été plus judicieux de promouvoir les très nombreuses modalités nouvelles d'accouchements physiologiques proposées par les maternités privées. »

Quelle place au sein des CME ?

Le groupe de travail sages-femmes créé en 2015 et le groupe expert Naissance ont acté que les sages-femmes ne sont pas membres de la CME de plein droit. Cependant, elles peuvent y être conviées en tant que membre invité.

De plus, une réflexion initiée en 2015 sera poursuivie concernant la traçabilité des actes réalisés par des sages-femmes salariées en secteur privé.

Desserrer l'étau des normes

Par ailleurs, le groupe expert a travaillé sur la simplification des normes et le décret de périnatalité. De nombreuses propositions ont été faites à la DGOS dont le groupe attend le retour. Il a œuvré enfin à l'évolution des modalités de financement de la naissance pour l'établissement comme pour les praticiens, afin de prendre en compte la nature, par définition « en urgence », de cette prise en charge.

Par ailleurs « Nos maternités ont un rôle préventif très important à jouer. Outre le dépistage de la surdité, nous développons celui de l'amblyopie. Dans le même esprit, elles sont, pour un certain nombre d'entre elles, engagées dans une démarche de développement durable. »



MARIE-FRANCE GAUCHER
DIRECTRICE GÉNÉRALE,
POLYCLINIQUE DE NAVARRE, PAU

GÉRARD REYSEQUIER
DIRECTEUR GÉNÉRAL,
CLINIQUE SARRUS TEINTURIERS, TOULOUSE



GRUPE EXPERT JURIDIQUE

Une analyse collégiale et très réactive des textes juridiques !

“

Nous sommes dans une stratégie de réponse du 'tac au tac'. Nous répondons point par point sur tout ce qui nous semble être incohérent ou contraire à nos intérêts et devrait être modifié.

**Référente
FHP-MCO :
Fatiha Atouf**

« Le process de travail de notre groupe est très clair : nous nous appuyons sur l'excellent travail des permanents du syndicat FHP-MCO et des délégués de régions. Les directeurs d'établissements élus membres du groupe, réagissent, s'expriment, proposent, ou s'opposent » déclare Pascal Delubac, co-pilote du groupe au côté de Paolo Silvano. Toutes les remarques sont ainsi portées à la connaissance de tous au sein du groupe, puis exploitées, et analysées. « Ces apports des élus sont une véritable richesse » souligne-t-il. Ce travail est mis en commun et coordonné avec les travaux juridiques menés par la FHP. « C'est la meilleure façon de s'assurer que nous travaillons au mieux pour la profession car les décisions que nous prenons peuvent avoir un impact important sur un établissement ou sur notre profession toute entière. »

Analyser et réagir en temps réel

« Nous sommes dans une stratégie de réponse du 'tac au tac' car nous ne sommes pas avec le ministère dans une relation d'échange, de travail, et encore moins de concertation mais nous recevons des textes et nous répondons point par point sur tout ce qui nous semble être incohérent ou contraire à nos intérêts et devrait être modifié. Il s'agit d'une navette entre la profession et le ministère et nullement une concertation » déclarent les co-pilotes.

En 2015, le groupe expert a travaillé notamment sur la contractualisation ou encore le contrat de bon usage du médicament. « Nous analysons en routine tous les textes qui sortent. Il n'y a pas de texte non important. D'autres nous occupent également comme celui des hôtels hospitaliers » complète Paolo Silvano.

Un espace de travail sécurisé sur Internet permet d'échanger en temps réel.

PASCAL DELUBAC
DIRECTEUR RÉGIONAL MÉDIPÔLE-
PARTENAIRES ET PRÉSIDENT DE LA
FHP LANGUEDOC-ROUSSILLON

PAOLO SILVANO
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
DE VIVALTO SANTÉ



GRUPE EXPERT OPTIMISATION DES ORGANISATIONS ET GROUPE EXPERT ACTIVITÉ

Performance, en avant toute !

“

Notre groupe expert concentre l'expertise technique, la connaissance du terrain et la vision politique de notre secteur. »

Référent
FHP-MCO :
Thibault Georgin

Le groupe expert Activité et le groupe expert Optimisation des organisations fusionnent, pour ne former qu'un seul groupe de travail à partir de 2016.

GRUPE EXPERT OPTIMISATION DES ORGANISATIONS VERS UNE OPTIMISATION DES ORGANISATIONS POUR LIBÉRER DES MARGES DE MANŒUVRE

« Notre mission est simple. Des directeurs de cliniques partagent leurs expériences avec leurs pairs de façon opérationnelle en vue d'une nécessaire optimisation de chacune de nos organisations individuelles d'une part et du développement collectif de notre secteur d'autre part. Les contraintes budgétaires sont grandissantes et nous devons travailler plus que jamais à l'optimisation des services en modifiant nos organisations internes. Cela passe notamment par l'industrialisation des 'process', par exemple celui de la stérilisation, ou l'anticipation de l'organisation de nouvelles activités et leurs liens avec les présentes, par exemple l'expérimentation des "hôtels-patients" », déclarent Béatrice Caux et Jean-Marc Frénéhard. La stérilisation est un dossier stratégique, lié à l'activité de la chirurgie, au cœur des organisations des établissements. Les services de stérilisation connaissent des organisations variables selon les différents seuils d'activité, le projet médical, le choix d'un reconditionnement sur place ou une sous-traitance partielle. Les membres du groupe ont initié un état des lieux des services. « Au fil des travaux, de nombreuses questions ont émergé : comment peut-on construire un référentiel de la profession ? Comment requalifier les personnels spécifiquement formés en stérilisation ? Quelles sont les opportunités de mutualisation des services de stérilisation ? Etc. Ces travaux continuent en 2016 car, si nous avons précisément circonscrits les

enjeux, nous n'avons pas encore formalisé les recommandations solides que nous souhaitons diffuser à nos collègues », précisent les pilotes. Par ailleurs, le groupe expert a prévu de lancer en 2016 un « Club pharmacie » pour fédérer pharmaciens, surveillantes des blocs et bien entendu les directeurs, afin de travailler à des livrables opérationnels.

Des « hôtels-patients » : pour qui, comment, pourquoi ?

La puissance publique souhaite accélérer le transfert des hospitalisations complètes vers l'ambulatoire et vers l'hospitalisation à domicile. Elle permet aujourd'hui d'introduire la possibilité d'héberger en amont ou en aval de l'hospitalisation les patients qui le souhaitent, sans soins médicaux ou infirmiers. « Nous sommes entrés dans l'ère de la "dé-hospitalisation", et nous devons nous adapter à ce nouveau défi. Sur ce dossier, les débats ont été nourris. Nous attendions en 2015 le décret encadrant cette expérimentation et détaillant les modalités de l'appel d'offres ainsi que le dossier de candidature pour les établissements volontaires. Nous savons aujourd'hui que sur les 15 dossiers retenus, 13 sont issus de CHU. Il est évident que sur cet accueil de patients hors les murs, notre secteur doit construire son propre chemin. Ce point est inscrit sur notre feuille de route 2016. »



BÉATRICE CAUX
DIRECTRICE,
HÔPITAL PRIVÉ PARLY II,
LE CHESNAY

JEAN-MARC FRÉNÉHARD
DIRECTEUR, CHARGÉ
DES RELATIONS EXTÉRIEURES
DU GROUPE COURLANCY, REIMS

GROUPE EXPERT ACTIVITÉ ANTICIPER LES IMPACTS DE RÉFORMES SUR LES ACTIVITÉS

« Nous sommes des managers et nous souhaitons partager les idées, les pratiques nouvelles ou originales utiles au bénéfice de notre profession dans le cadre d'un vrai travail syndical. »

« Nous souhaitons peser sur les travaux de réformes à venir liées à la cardiologie, aux urgences, à la réanimation, à la surveillance continue, et aux soins intensifs ; par un travail de veille et d'échange sur les projets de textes et réformes en cours et sur leurs conséquences pour nos établissements. Nous voulons aider les adhérents et les FHP régionales à se préparer au mieux à leurs réunions territoriales et ne pas laisser imposer, par exemple, des cahiers des charges différents entre les régions. Nous souhaitons permettre à la FHP-MCO d'être pro-active en formulant des demandes d'évolution », présentent les pilotes du groupe, Béatrice Caux, Jean-Marc Frénéhard et le Dr Philippe Tourrand. Le groupe expert Activité s'est réuni à deux reprises en 2015. « En 2015, nous avons principalement travaillé sur les urgences dans le cadre de la réforme en cours, la radiologie interventionnelle, la finalisation de l'étude « I-TISS et TISS 28 ».



**Référente
FHP-MCO :
Laure Dubois**



BÉATRICE CAUX
DIRECTRICE,
HÔPITAL PRIVÉ PARLY II,
LE CHESNAY

JEAN-MARC FRÉNÉHARD
DIRECTEUR, CHARGÉ
DES RELATIONS EXTÉRIEURES
DU GROUPE COURLANCY, REIMS

DR PHILIPPE TOURRAND
PDG, CLINIQUE LOUIS PASTEUR,
ESSEY-LÈS-NANCY



Par ailleurs et à la demande de la FHP, nous avons également planché sur trois sujets inscrits dans le plan stratégique triennal de la fédération, à savoir : les maisons de santé pluridisciplinaires, les consultations avancées, et les consultations non programmées et centres de douleur thoracique. »

Quelles seront les modalités de financement des urgences ?

Le modèle de la réforme des urgences, à la fois en termes de financement et d'organisation sanitaire des urgences, n'étant pas en 2015 encore fixé, il s'est agi dans un premier temps, pour le groupe de travail, de s'interroger sur le modèle actuel. Des améliorations sont-elles à apporter par exemple sur les seuils du FAU ou sur le montant de l'ATU ? Même si les établissements privés apparaissent peu impactés par cette réforme du financement, il faut veiller à garantir une stabilité du financement et de sa mise en œuvre.

La radiologie interventionnelle, un sujet stratégique

« L'avenir des établissements privés se trouve notamment dans le développement de la médecine et de l'interventionnel, d'où l'importance de définir une stratégie concernant la radiologie interventionnelle », rappellent les pilotes.

GROUPE EXPERT QUALITÉ

La qualité est un sujet stratégique

“

Financement à la qualité : une belle réussite !

« L'IFAQ était notre grand dossier 2015. Nous remercions vivement Laure Dubois et le Dr Paul Garassus pour leur travail. Nous sommes parvenus à faire aboutir la construction d'un modèle de financement qui prend en compte la qualité. Une attente historique de notre secteur ! Nous nous sommes battus pour avoir un modèle stable et cohérent. »

Référente
FHP-MCO :
Laure Dubois

« Les sujets de la qualité acquièrent de plus en plus une dimension politique. Le lien qualité et financement à l'exemple du programme IFAQ, le lien qualité et autorisation, les indicateurs opposables aux établissements, etc. Ces sujets sont à l'évidence stratégiques pour nos établissements. Par exemple, le lien qui se dessine entre réforme des autorisations et la qualité va demeurer, et ce changement de contexte impose une lecture résolument politique à laquelle nous frotons notre expertise de terrain. Nous contribuons à formaliser et étoffer les positions de la FHP-MCO sur ces sujets qui sont relayés auprès de la DGOS et la HAS. Concrètement, cela signifie mieux se coordonner entre nous, FHP, FHP-MCO, BAQIMEHP, créer du lien entre les différents établissements expérimentateurs et avec le syndicat, pour bénéficier de retours d'expérience et donner les points de vigilance. Pour les membres du groupe, il est nécessaire d'apporter un soutien politique aux permanents et une ligne de conduite qui donne des orientations claires, des recommandations argumentées au bureau et au CA » déclarent les pilotes du groupe expert. « Concernant les relations avec la HAS, nous avons établi un dialogue constructif. Le groupe souhaite tenir un discours factuel mais ferme. Nos interlocuteurs de la HAS se sont montrés intéressés par une participation dans notre groupe expert et sont demandeurs de rencontres régulières. »

Le groupe expert a commencé à recenser tous les groupes de travail mis en place au sein de la HAS ainsi que les expérimentations en cours, et à identifier les personnes qui y représentent les établissements privés.

Indicateur I-Satis

Cet indicateur de mesure de la satisfaction du patient est redéployé en 2015 sous un format web. Le groupe a alerté les établissements sur l'attention à porter au recueil des adresses mail des patients. « Cette visibilité est importante pour nos établissements. Nous avons œuvré afin que cette mesure de la satisfaction reste une auto-évaluation. »

Certifier la certification ...

Le groupe expert a travaillé point par point les réponses apportées au questionnaire HAS concernant la certification. Il a transmis les positions adoptées, notamment sur les « visites non annoncées », pour lesquelles nous avons marqué une opposition forte mais qui n'a malheureusement pas été totalement entendue.

Une vigilance au fil de l'actualité

Le groupe expert s'est rapproché du BAQIMEHP pour exploiter davantage le formidable travail effectué par ses équipes. Outre les réunions programmées, le groupe est sollicité dès que l'actualité le nécessite.



DR MARC ATTIA
PRÉSIDENT DU GROUPE
HEXAGONE HOSPITALISATION

GÉRARD REYSEGUIÉ
DIRECTEUR GÉNÉRAL, CLINIQUE
SARRUS TEINTURIERS, TOULOUSE



Repenser les relations établissements de santé privés et médecins libéraux

“

« Les médecins ne sont plus les candidats naturels du rachat de leur outil de travail et leur relation au travail a considérablement évolué depuis 25 ans. »

Référente
FHP-MCO :
Fatima Atouf

« En 25 ans, la place et le rôle des médecins libéraux dans nos établissements se sont profondément modifiés : de “propriétaires”, ils sont devenus ‘prestataires ou partenaires’. Ils ne sont plus les candidats naturels du rachat de leur outil de travail et leur relation au travail a considérablement évolué. Le syndrome des 35 heures les a rattrapés et il tient

du miracle qu’ils acceptent d’assumer des gardes et des missions transversales non rémunérées.

Comment réinventer notre communauté d’intérêt ? » questionnent les pilotes du groupe expert.

Le groupe expert a travaillé en 2015 selon deux axes : réinterroger la place et les missions des médecins libéraux dans les cliniques et en promouvoir leur exercice libéral. Comment réintéresser les médecins aux orientations stratégiques des cliniques ?

Comment promouvoir la recherche clinique et l’accueil des internes ? Comment aider à l’aménagement, vie professionnelle et vie privée, ou faciliter la délégation de tâches

aux paramédicaux, ou encore favoriser l’apprentissage des nouvelles techniques médicales ?

Le groupe expert soutient les demandes de revalorisation des honoraires de certaines spécialités et les rémunérations des fonctions transversales. Il a par ailleurs lancé les bases d’un travail pour favoriser l’accueil des internes et doter les cliniques d’outils spécifiques pour les jeunes médecins et d’outils pratiques d’aide à l’installation en général.



DR MARC ATTIA
PRÉSIDENT DU GROUPE
HEXAGONE HOSPITALISATION

DR DOMINIQUE POELS,
PDG, CLINIQUE DE L'EUROPE,
ROUEN







UN SERVICE ADHÉRENT QUALITATIF

DES PERMANENTS EN SYNERGIE !

Pôle juridique, expertise médicale, pôle économique, secrétariat général, ils sont 8 au service des adhérents et travaillent sous la houlette de Thierry Béchu, délégué général qui agit sur mandat du conseil d'administration, du bureau et de la présidence du syndicat.



Karine DESLANDES
Secrétaire
karine.deslandes.mco@fhp.fr
01 53 83 56 87



Farah BOUDALI
Secrétaire
farah.boudali.mco@fhp.fr
01 82 73 10 45



Séverine DEFOSSE
Secrétaire générale
severine.defosse.mco@fhp.fr
01 53 83 56 86



Fatiha ATOUF
Juriste
fatiha.atouf.mco@fhp.fr
01 53 83 56 80



Sophie BUSQUET DE CHIVRÉ
Juriste
sophie.busquet.mco@fhp.fr
01 53 83 56 59



Thierry BÉCHU
Délégué général
thierry.bechu.mco@fhp.fr
01 53 83 56 55



Dr Michèle BRAMI
Conseillère médicale
michele.brami.mco@fhp.fr
01 53 83 56 58



Laure DUBOIS
Économiste
laure.dubois.mco@fhp.fr
01 53 83 56 57



Thibault GEORGIN
Économiste
thibault.georgin.mco@fhp.fr
01 53 83 56 75

ANTICIPER ET AGIR

Les équipes d'élus et de permanents travaillent. Ils vous informent et anticipent les écueils qui guettent la profession afin de lui offrir une longueur d'avance. La FHP-MCO est aussi un syndicat offensif qui veille au respect d'une politique d'équité.

PÔLE ECONOMIQUE

Les dépêches du pôle économique FHP-MCO

Informers les adhérents et les délégations régionales de l'actualité concernant le financement contribue à améliorer la défense des établissements. Ainsi, en 2015, le pôle économique a adressé près de 70 dépêches à l'attention des adhérents de la FHP-MCO. Nous nous sommes attachés à ce que les informations transmises soient intelligibles pour la personne qui aborde le sujet pour la première fois, et que la personne en charge du sujet y trouve une synthèse des nouvelles modalités techniques.

Les thématiques traitées

Le financement et la tarification des établissements : 50 dépêches ont informé les adhérents concernant la campagne tarifaire de l'année en cours (arrêté prestation et tarifaire, circulaires de campagne, coefficient prudentiel, etc.), la dégressivité tarifaire, le financement des activités isolées, le financement des MIGAC, du FIR, les informations relatives aux bonnes pratiques de codage de l'ATIH, le programme IFAQ. L'actualité de la fédération : 20 dépêches sont consacrées à l'organisation des réunions du Club des médecins DIM et à la journée d'information et d'échanges sur le programme IFAQ.

50 dépêches ont informé les adhérents sur la campagne tarifaire

20 dépêches étaient consacrées au Club des médecins DIM et au programme IFAQ

Toutes ces dépêches sont accessibles sur fhpmco.fr

24 fiches réflexes en rebond aux réunions avec les tutelles

Le pôle économique a rédigé 24 fiches réflexes correspondantes aux réunions organisées par les tutelles. Celles-ci ont été adressées aux administrateurs de la FHP-MCO, ainsi qu'aux présidents et délégués de régions, permettant d'améliorer sensiblement la représentation du syndicat dans les différentes instances du secteur de la santé. De nombreux sujets d'actualité ont été traités et permettent de présenter l'état d'avancement des dossiers.

Groupe IFAQ (DGOS, HAS, COMPAQ)

Ce groupe s'est réuni 10 fois en 2015 pour avancer sur la conception du modèle IFAQ. Le groupe a travaillé en parallèle sur le modèle IFAQ 2 (règles du jeu concernant la cotation des composantes, définition des pondérations intra et inter composantes, choix du modèle, etc.) et sur le modèle IFAQ généralisé. En effet, la généralisation du programme IFAQ aux établissements MCO à partir de l'année 2016 a été actée avec l'inscription d'IFAQ dans la LFSS 2015. Les travaux sur la généralisation ont porté sur le choix de la méthode et sur la publication du décret IFAQ. À la fin de l'année, les résultats de la 2^e phase de l'expérimentation IFAQ (IFAQ 2) ont été présentés au groupe de travail, ainsi que les premiers travaux de l'évaluation du modèle : analyse qualitative,



évaluation du rôle de certaines variables dans les différences observées du score IFAQ.

Comité technique MCO (ATIH)

Le comité technique MCO a pour mission de traiter les sujets techniques en lien avec la description et la valorisation de l'activité MCO notamment au travers de la classification des GHM. L'ATIH y expose les travaux techniques qu'elle mène en vue des campagnes à venir.

Deux chantiers ont été prioritaires en 2015 pour l'ATIH : l'ambulatoire et les CMA, avec des résultats au mieux pour 2017, voire à une date indéterminée.

Concernant l'ambulatoire, l'ATIH s'interroge sur les perspectives d'évolution de la prise en compte de l'ambulatoire dans la classification, avec un développement de l'ambulatoire touchant la chirurgie, mais également la médecine, et l'interventionnel. Concernant les CMA, il s'agit notamment de travaux en vue de leur révision pour la classification 2017, et notamment de la révision des regroupements de CMA.

Les travaux 2015 pour la classification 2016 ont principalement porté sur l'analyse de l'homogénéité des racines de chirurgie, et l'opportunité de création de nouveau GHM en J. Il s'agit de travaux menés à court terme pour avoir un impact sur la classification 2016 dans le but de mieux identifier l'activité de chirurgie ambulatoire. Ces

Le comité technique MCO (ATIH) s'est réuni à trois reprises en 2015.

travaux ont permis de répondre à des sollicitations de la DGOS, des fédérations ou des sociétés savantes. D'autres travaux classificatoires ont été menés, qui ont peu d'impact sur la description de l'activité ou le financement du secteur privé.

Comité MCO (DGOS)

Les travaux portent sur la présentation des grands équilibres et les orientations de la politique tarifaire 2015 : taux d'évolution des tarifs, présentation de la classification et des arrêtés prestations, présentation des principes de la construction tarifaire 2015.

Groupe opérationnel relatif aux dispositifs médicaux (DGOS)

L'objet de ce groupe est d'exposer les travaux relatifs aux recommandations d'inscription et de radiation des dispositifs médicaux (DM) de la liste en sus ; il permet ainsi aux fédérations de disposer d'une visibilité sur ces points.

Cinq classes de dispositifs médicaux ont été à l'étude en 2015, soit potentiellement 26 codes LPP. Une seule de ces classes a été jugée éligible à la réintégration dans les GHS pour la campagne tarifaire 2016 : les implants exovasculaires de gainage, (1 code LPP concerné).

De plus, dans le cadre de ce groupe, les fédérations ont été consultées sur l'actualisation de la recommandation relative à l'inscription, au refus d'inscription

et à la radiation des DM sur la liste en sus. Les modifications portent notamment sur l'ajout des honoraires des praticiens pour le secteur ex-OQN dans le cadre du calcul du coût du DM rapporté au tarif des GHS lors de l'analyse des radiations. La FHP-MCO a renouvelé son opposition à cette nouvelle méthodologie. La DGOS souhaite également prendre en considération tout élément ayant des impacts économiques et organisationnels pour les établissements de santé.

Enfin, la création d'un titre V sur la liste des produits et prestations remboursables a été à l'ordre du jour des réunions. L'esprit de la mesure est de cibler les consommables, qui sont pour le moment plus ou moins dans les tarifs. Il s'agit de pallier l'absence de prise en charge pour une certaine catégorie de DM non implantables à usage individuel. Ce groupe opérationnel s'est réuni deux fois en 2015.

Groupe opérationnel médicaments (DGOS)

L'objet de ce groupe est d'exposer les travaux concernant la recommandation d'inscription et de radiation des spécialités pharmaceutiques de la liste en sus. Cette méthode de travail, qui existe déjà depuis de nombreuses années sur le sujet des dispositifs médicaux implantables (DMI), et a été mise en place en 2014 pour les médicaments, doit permettre d'apporter une visibilité des actions de l'État en amont de la mise en œuvre des décisions liées à la campagne tarifaire.

Les travaux 2015 pour la campagne tarifaire 2016 ont concerné le Flolan et le Zavedos, qui ont été réintégrés dans les GHS pour la campagne 2016, Yondelis et Yervoy. Par ailleurs, la DGOS souhaite mettre en œuvre des radiations partielles et étudie les opportunités de radiation des indications ne présentant aucune amélioration de service médical rendu (ASMR V) dont les comparateurs sont financés dans les tarifs des prestations.

Enfin, dans le cadre de ce groupe, les fédérations ont été consultées sur la publication d'un décret fixant la procédure et les critères d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste en sus. Suite à un contentieux, l'administration est tenue

à l'écriture de ce décret, qui a donc vocation à se substituer à la recommandation de principe, qui ne possède pas de valeur juridique opposable. La FHP-MCO a renouvelé son opposition catégorique à la nouvelle méthodologie introduite lors de la révision de la recommandation et que l'on retrouve dans ce projet de décret, incluant la prise en compte des honoraires des médecins dans l'assiette du tarif du séjour dans le secteur ex-OQN. L'argument de la DGOS reste l'homogénéité de l'assiette entre les deux secteurs.

Observatoire CCAM (Assurance maladie)

Le but poursuivi par cet observatoire est de faire un suivi des dépenses de l'Assurance maladie sur les actes réalisés par les praticiens. L'observatoire permet également de faire remonter les difficultés de terrain des praticiens pour ce qui concerne le codage de la CCAM. Parallèlement à toutes ces missions, des études sur les praticiens ou sur certaines prises en charge sont effectuées (profil socio-démographique, patientèle, etc.).

Cet observatoire s'est réuni une fois en 2015.

Évolution de la méthodologie des ENC (ATIH / DGOS)

L'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENC) a pour objectif de produire un référentiel afin de hiérarchiser les coûts des GHM et donc des tarifs. En 2009, la FHP-MCO avait pris la décision de boycotter ces travaux. Ce mouvement a été largement suivi et a permis d'obtenir des avancées de la part de nos interlocuteurs.

Un programme de travail a été défini et porté auprès de la DGOS et de l'ATIH.

Celui-ci comprend les recommandations issues des travaux internes de la FHP-MCO, élaborées notamment avec le partenariat de KPMG.

D'autres renforcements méthodologiques sont portés par la DGOS car ils visent à terme à l'objectivation des dépenses publiques défendue par la commission européenne. Cette objectivation est nécessaire pour justifier des financements dont le montant total a été pour partie remis en cause par l'Inspection générale des finances.



En 2015, le programme de travail a poursuivi l'harmonisation méthodologique des différentes études de coûts. Les travaux concernant l'incorporation des activités de dialyse ainsi que les coûts des activités non programmées, des services de réanimation et d'urgences se poursuivent.

Tous ces travaux ont trouvé une application renforcée dans la construction tarifaire de 2016 par l'utilisation des tarifs issus des coûts (TIC), notamment en chirurgie ambulatoire. Une expérimentation de la mesure de la charge en soins dans l'ENC est également à l'étude. Sa mise en place nécessite les retours d'expérience des établissements.

Huit réunions se sont tenues en 2015.

ENC Dialyse (ATIH)

Une enquête sur les coûts de la dialyse hors centre avait été effectuée en 2012. Cette première étude n'avait porté que sur les résultats de structures FEHAP, la FHP-Dialyse n'ayant pas souhaité alors y participer en raison des décisions tarifaires prises sans attendre les résultats de cette enquête.

Un programme de travail a été porté auprès de la DGOS et de l'ATIH. Il comprend les recommandations issues des travaux internes de la FHP-MCO, élaborées notamment en partenariat avec KPMG.

En 2013, des débats portant sur la méthodologie avaient rassemblé les deux fédérations concernées. La DGOS avait souligné sa détermination à conduire des travaux cette fois sur la dialyse en centre et hors centre. Des décisions sont chaque année prises en matière tarifaire. Elles peuvent être prises de manière éclairée par des travaux consolidés et partagés, ou prises de façon moins robuste en l'absence de participation des professionnels aux travaux.

En 2015, l'ATIH a ouvert l'ENC à l'ensemble des activités de dialyse. Plusieurs structures ont d'ores et déjà vu leur participation validée par l'ATIH.

Une réunion s'est tenue sur ce sujet en 2015.



Financement MERRI (DGOS)

Le secteur de l'hospitalisation privée émerge dorénavant aux MERRI, notamment par l'accueil des internes ainsi que par ses efforts de recherche (publications, essais cliniques). Des travaux visant à la dynamisation et la sécurisation de ces dotations se poursuivent. Ces travaux se sont notamment matérialisés cette année par la publication d'un nouveau référentiel d'actes hors nomenclature, ainsi que par la modélisation de plusieurs missions impliquant la justification au premier euro. Ces travaux ont fait l'objet de deux réunions en 2015.

Tableaux de bord

Le pôle économique exploite quotidiennement les bases PMSI soit en répondant à vos demandes, soit en organisant des retours de tableaux de bord. Nous utilisons d'ores et déjà les bases que communique l'ATIH afin de réaliser des synthèses ad-hoc en fonction des besoins des établissements, de nos campagnes de communication ou de dossiers présentés aux tutelles à des fins de valorisation et de défense des structures de l'hospitalisation privée (taux de fuite, étude sur des thématiques spécifiques, chiffres sectoriels, etc.).

Nous utilisons par ailleurs les bases ATIH pour produire des bilans d'activités sous forme de tableaux de bord permettant la réalisation d'un benchmark individualisé pour chaque établissement (positionnement de l'établissement par rapport aux établissements de sa région et de sa catégorie juridique, indicateur de performance, benchmark). Les données agrégées, au niveau de l'établissement, régional, national ou sectoriel, sont transmises aux directions d'établissements ou des autres personnes concernées (TIM, DIM).

Pour des raisons techniques, une adresse spécifique a été créée pole-eco.mco@fhp.fr.

Deux envois effectués cette année

Le premier envoi concernait les évolutions tarifaires de la campagne 2015. Les simulations ont été réalisées sur les données du PMSI de votre établissement. Le fichier présente les évolutions du chiffre d'affaires des GHS de l'Assurance maladie en prenant en compte à la fois les évolutions tarifaires, mais également l'effet des bornes hautes et basses ainsi que des changements de périmètre GHS/liste en sus.

Le deuxième envoi concerne les données de chirurgie en ambulatoire de l'établissement. Afin d'être en phase avec les dernières évolutions de campagne (régulations tarifaires et suppressions de bornes basses), nous avons travaillé à partir de la méthodologie IGAS/IGF portée par la DGOS en 2015. Cette méthodologie a élargi le périmètre de l'activité de chirurgie ambulatoire.

Les tableaux de bord présentent par type de prise en charge et par pathologie (gestes marqueurs de la CNAMTS, liste des GHM retenus par l'IGAS/IGF/DGOS, etc.) d'une part, le positionnement de l'établissement au sein de sa région et au niveau national et d'autre part, le potentiel de substitution immédiat, c'est-à-dire le nombre de séjours potentiellement réalisables en ambulatoire. Pour chaque envoi, nous vous transmettons également une note méthodologique relative à la lecture de ces données ainsi qu'à leur élaboration.

Nous vous invitons à nous faire remonter vos besoins !

Le secteur de l'hospitalisation privée émerge dorénavant aux MERRI, notamment par l'accueil des internes ainsi que par ses efforts de recherche (publications, essais cliniques).

PÔLE MEDECIN CONSEIL

Réponses aux questions des adhérents

Le médecin conseil de la FHP-MCO a répondu à plus d'une centaine de questions d'adhérents, soit directement, soit après concertation avec les pôles économique et/ou juridique. Les réponses apportées nécessitent régulièrement un argumentaire développé à partir d'une analyse des bases de données PMSI.

Les missions institutionnelles

Le médecin conseil a représenté la FHP-MCO dans de nombreuses réunions institutionnelles : au ministère, à l'ATIH, à la CNAMTS, à l'ANAP, etc. sur les sujets de contrôle T2A et l'expérimentation d'une méthodologie de contrôle modifiée, la classification GHM, l'observatoire CCAM, l'élaboration d'indicateurs de performance, la campagne tarifaire, la gestion des listes « en sus », etc.

Les travaux déjà développés en 2014 ont été poursuivis en 2015 en particulier sur les questions de réforme du financement du parcours en radiothérapie pour les cancers du sein et de la prostate, suivi du financement des bioprothèses valvulaires aortiques.

La DGOS a mis en œuvre de nouveaux thèmes de travail en 2015 : modalité d'encadrement de la radiologie interventionnelle, comité de suivi des IVG, nouveau modèle de financement pour les hôpitaux de proximité, etc.

En partenariat avec L'AFC-UNHPC, le médecin conseil de la FHP-MCO a également suivi les travaux du « CORETAH cancer », et sur les modalités spécifiques de financement complémentaire des activités isolées.

Modifications de la classification GHM : des actions possibles grâce aux retours d'expérience du terrain !

À partir de signalements adressés par un adhérent ou par le groupe expert des médecins DIM, le médecin conseil a procédé à une analyse des bases de données et a rédigé un argumentaire, qui, adressé à la DGOS et à l'ATIH, a notamment conduit à la création d'un « GHS majoré » pour chirurgie simultanée de la rétine et de la cataracte. Un GHS mis en œuvre pour la campagne tarifaire 2016.

Le médecin conseil a adressé un argumentaire à la DGOS et à l'ATIH, qui a conduit à la création d'un « GHM majoré ». Dr Michèle Brami au séminaire stratégique, Bordeaux



PÔLE JURIDIQUE

Les dépêches juridiques FHP-MCO

Informers les adhérents et les délégations régionales de l'actualité juridique contribue à améliorer la défense des établissements. Au 31 décembre 2015, 40 dépêches émanant du pôle juridique de la FHP-MCO ont été adressées. Ces dépêches suivent l'activité juridique et permettent à ses destinataires de suivre l'actualité législative et réglementaire, très dense dans le secteur sanitaire. Elles ont notamment porté sur l'indicateur E-SATIS, l'évolution de la procédure de contrôles T2A, la facturation des transports réalisés par SMUR, la régulation des prescriptions, la pertinence des actes ou encore les expérimentations des maisons de naissance et des prises en charge de l'insuffisance rénale.

Le traitement des questions des adhérents

Le pôle juridique a répondu à près de 900 questions des adhérents. Ces questions nécessitent une réelle expertise juridique sur les normes sanitaires. Il s'agit également d'accompagner les établissements dans la vie de leurs autorisations d'activité mais également dans les différents contentieux auxquels ils sont confrontés. Droit des usagers, contrôles T2A, application de la TVA, normes de fonctionnement et de personnel, indicateurs qualité, transports et contractualisation avec les ARS sont autant de thématiques sur lesquelles le pôle juridique a accompagné les établissements.

Représentation dans les instances : les fiches réflexes juridiques

Le pôle juridique prend part à de nombreuses réunions de travail organisées par les tutelles. Il rend compte de ces réunions par des fiches réflexes qui détaillent, notamment, la liste des participants et l'ordre du jour. De plus, elles font état des décisions prises ou de l'avancée des travaux. Ces fiches constituent de véritables outils de veille stratégique sur les orientations à attendre dans le secteur sanitaire. Elles sont accessibles aux

Toutes les
dépêches sont
accessibles
sur le site
fhp-mco.fr

900
Le pôle
juridique a
répondu à 900
questions des
adhérents

40
dépêches
juridiques ont
été adressées

administrateurs FHP-MCO, ainsi qu'aux présidents et délégués de régions. Au cours de l'année 2015, sept fiches réflexes ont été communiquées par le pôle juridique. Elles avaient notamment pour objet l'indicateur E-SATIS, l'expérimentation des maisons de naissance et les contrôles T2A.

Une politique de soutien dans les actions contentieuses

La FHP-MCO a fait le choix d'être un syndicat offensif pour veiller au respect d'une politique d'équité. Dans cet esprit, les instances syndicales ont décidé d'engager plusieurs contentieux administratifs. La FHP-MCO a engagé des recours tant au niveau national pour défendre l'intérêt de l'ensemble de la profession, qu'au niveau régional pour soutenir ses délégations régionales face à des ARS trop souvent arbitraires dans leurs décisions d'autorisation ou de financement. Le syndicat MCO a également à cœur de se tenir aux côtés de ses établissements adhérents dans les contentieux qu'ils engagent à titre individuel en mettant à leur disposition toutes les compétences de son service juridique. Le service juridique assure le suivi des contentieux engagés. La FHP-MCO et la FHP Nord-Pas-de-Calais ont également déposé dans une action commune 24 recours le 18/09/2015 devant le tribunal administratif de Lille pour faire valoir l'égalité de traitement dans l'octroi des MIGAC et des FIR. Par ailleurs le service juridique a assuré le suivi de l'action « 1000 recours » décidé par le conseil d'administration du syndicat.

« 1000 recours » pour faire respecter l'équité de traitement

Il s'est agi de déposer des recours contre les décisions de l'ARS d'octroi ou de renouvellement des autorisations qui ne respecteraient pas l'équité de traitement entre les établissements ; les décisions d'ARS d'attribution de subvention FIR ou AC qui ne seraient pas motivées ou qui seraient inéquitables ; les CPAM qui refusent de régler les factures complémentaires ou rectificatives. Cette opération « 1000 recours » consiste à engager des recours

Bilan des recours juridiques de la FHP-MCO

L'OBJET DU CONTENTIEUX	LE RECOURS ENGAGÉ	OUVERTURE DE L'AFFAIRE
Aides d'État, recours européen	Recours européen Plainte de la FHP-MCO relative aux aides d'État	Octobre 2010
Recours contre le décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 relatif aux contrôles externes	Recours en annulation partielle relatif aux contrôles externes	Avril 2012
Circulaires CNAMTS du 16 juin 2010 et du 3 janvier 2012	Recours en annulation des circulaires limitant à l'hospitalisation le champ d'application de l'article L162-26-1 du CSS (salarial des médecins cf. HPST)	Février 2012
Recours devant le Conseil d'État contre l'arrêté du 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 les tarifs invalidant les dispositions du CICE	Recours en annulation devant le Conseil d'État de la décision révélée par laquelle les ministres de l'Économie, des Finances, et des Affaires Sociales et de la Santé, ont décidé de diminuer les tarifs des établissements de santé privés pour neutraliser le bénéfice du CICE	Recours devant le Conseil d'État contre l'arrêté du 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 les tarifs invalidant les dispositions du CICE
Requête TITSS contre les arrêtés de l'ARS Picardie d'attribution MIG à trois établissements publics L'annulation des arrêtés :	Requête d'annulation des arrêtés : n°2013-252, 2013-255 et 2013-272 en date du 11 décembre 2013 et n°2013-335, 2013-338 du 23 décembre 2013 et 2013-385 du 24 décembre 2013 venant respectivement les modifier en tant qu'ils fixent le forfait annuel urgence et les dotations des missions d'intérêt général (MIG) et d'aide à la contractualisation (AC) des centres hospitaliers d'Abbeville, de Corbie et de Soissons	Juin 2014
Recours contre le décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 relatif aux contrôles externes	Recours en annulation partielle relatif aux contrôles externes	Avril 2012
Circulaires CNAMTS du 16 juin 2010 et du 3 janvier 2012	Recours en annulation des circulaires limitant à l'hospitalisation le champ d'application de l'article L162-26-1 du CSS (salarial des médecins, cf. HPST)	Février 2012

en accompagnant les établissements ou en portant les recours pour le compte des délégations régionales et/ou des établissements. Elle porte principalement sur les sujets des refus de factures et des attributions MIGAC et FIR ainsi que quelques autorisations en région Auvergne et Normandie.

Refus des factures complémentaires et rectificatives

L'objectif a été de cibler toutes les CPAM qui refusent les factures complémentaires et rectificatives afin de dénoncer ces pratiques contraires aux droits laissés aux établissements en ce qui concerne la rectification de leur facturation.

Par ailleurs, l'équipe juridique accompagne activement les établissements dans leurs recours en les conseillant et leur apportant les outils juridiques et lettres types à adresser à la CPAM et en les adressant aux avocats partenaires lorsqu'une procédure contentieuse devient nécessaire.

Attributions arbitraires de financements FIR et MIGAC

Les actions pour l'obtention de MIGAC et FIR sont menées en lien avec les fédérations régionales. Il s'agit d'identifier en lien avec elles et à l'aide de l'étude du recueil des actes administratifs, les délégations de dotations FIR et MIG/AC suspectes afin d'attaquer les arrêtés d'octroi.



L'accompagnement sur ce dossier se construit en trois étapes :

- > contester les FIR et MIG/AC accordés aux établissements publics sans justification ;
- > accompagner les établissements dans leurs demandes de FIR et MIG/AC ;
- > appuyer les recours portés par les fédérations régionales.

Recours européen : plainte pour atteinte à la libre concurrence

La FHP-MCO poursuit toujours le suivi de son recours européen. Dans sa plainte à la Commission européenne, en cours depuis le 25 octobre 2010, la FHP-MCO conteste le financement discriminatoire imposé par l'État français au secteur de la santé privé.

Cette plainte porte sur trois griefs :

- > l'écart des tarifs entre le public et le privé ;
- > les surcompensations des MIGAC ;
- > la garantie implicite de l'État envers les établissements publics qui constitue une aide d'État.

Cette plainte a connu de nombreux rebondissements entraînant le bureau FHP-MCO à se repositionner sur le maintien de l'action européenne. Ce maintien a été acté à l'unanimité. Ce recours européen constitue un moyen de pression sur l'État français car il est invité à rendre des comptes à la Commission européenne.

Suite à des sollicitations répétées de ladite commission, l'État français a communiqué de nouveaux éléments. Selon la commission, le système français apparaît complexe et aurait des « difficultés » au regard du droit européen. Ainsi, la commission propose de construire un dispositif pour l'avenir conforme aux droit et règles européens.

Ce modèle est en cours de construction à travers le dispositif des services d'intérêt économique général (SIEG) auprès de la DGOS qui associe la FHP-MCO à des réunions de concertation.

Ce recours européen constitue un moyen de pression sur l'État français car il est invité à rendre des comptes à la Commission européenne.

PÔLE COMMUNICATION

Des publications print et digitales

Le « 13h », notre fil hebdomadaire

Premier support de communication créé par la FHP-MCO, il demeure le lien hebdomadaire entre les établissements de santé MCO et l'équipe syndicale. Une publication s'installe dans le temps et reste fidèle à sa ligne éditoriale, mais elle doit évoluer car son environnement et les attentes des lecteurs changent. Une nouvelle maquette vous est ainsi proposée depuis mai 2015. Elle se veut plus dynamique avec un rubriquage davantage resserré pour un temps de lecture que nous savons réduit et un affichage adapté à votre smartphone.

Le billet de la présidente donne le ton ; suivent les trois ou quatre informations qui ont marqué la semaine ; enfin, nous surfons sur l'actualité et donnons la parole à un manager ou décideur en santé, ou nous vous invitons à visionner un reportage dans une clinique ou encore attirons votre attention sur un point de e-santé.

Pour commencer la semaine bien informé, vous recevez le « 13h » le lundi.

Des Fils roses et bleus pour nous relier

A l'occasion de la campagne Octobre Rose pour le dépistage du cancer du sein, ou celle de Mars Bleu pour celui du côlon, la FHP-MCO en partenariat avec l'AFC-UNHPC, a créé une collection de courtes newsletters thématiques.

Outre un billet de nature politique des présidents des deux organisations et une interview d'un acteur prépondérant au regard des activités de soins concernées, l'objectif visé est la valorisation des adhérents. Ces « fils » sont le miroir de vos réalisations et de votre engagement. En 2015, 5 Fils roses ont été édités et ont donné la parole à 32 cliniques et 3 Fils bleus ont fait la part belle à 13 cliniques.

Des Fils verts pour parler développement durable

Informers les établissements de santé privés MCO des enjeux d'une démarche de développement durable et les inviter à s'engager est un des grands dossiers de



44
numéros
du « 13h »
vous ont tenu
informés de
l'actualité

5
Fils roses,

3
Fils bleus,

4
Fils verts
étaient
publiés

la FHP-MCO. L'année de la COP 21 était l'occasion de lancer une nouvelle couleur dans la collection des fils, après rose et bleu, voici le vert ! Cette newsletter atteste des initiatives remarquables des cliniques MCO mais aussi souligne des actions entreprises et duplicables. L'hospitalisation privée MCO est pionnière en développement durable et il s'agissait de le montrer.

En décembre 2015, à l'occasion du Sommet mondial pour le climat, 4 Fils verts ont été diffusés et ont donné la parole à 16 établissements.

Dialogue santé, cliniques et praticiens travaillent ensemble

Trois fois par an, *Dialogue Santé* affiche un dossier sur une question d'économie de la santé, en direction des praticiens. Ce quatre pages, grand format, tiré à 32 000 exemplaires est un trait d'union entre la gestion et la médecine, entre les praticiens et les directeurs, et s'appuie sur les présidents de CME. En 2015, on a beaucoup discuté de la loi de santé mais aussi du PLFSS.

Le séminaire annuel stratégique en quatre pages

Pour rendre compte du travail d'analyse et de prospective réalisé par les administrateurs lors du séminaire annuel de deux jours, la FHP-MCO publie un document de synthèse de quatre pages. Cette année à Bordeaux, le conseil d'administration a planché principalement sur la campagne tarifaire 2016 « PLFSS 2016, entre espoir et désespoir », la création des GHT « Une stratégie centrée sur le public » et la mise en œuvre du SIEG « Une extrême vigilance ». L'assemblée a également validé trois actions : l'évaluation des ARS, la plantation de la Forêt de l'hospitalisation privée, et la campagne « À cœur ouvert, pour être reconnus, soyons connus ! »

Le grand rendez-vous avec les représentants d'usagers

Ce Congrès annuel des représentants des usagers est un temps fort de la vie démocratique de la rentrée de la FHP-MCO. Il rassemble chaque année plus de 250 personnes sur le « travailler ensemble ». Les interventions et échanges de ce 6^e congrès du 24 septembre 2015 entièrement retranscrits font l'objet d'une publication. Ces annales sont diffusées à l'ensemble des adhérents du syndicat et viennent enrichir le fonds documentaire de la FHP-MCO.

« À cœur ouvert »

Outre le travail quotidien effectué en direction de nos tutelles et les actions juridiques, des actions de communication sont nécessaires. C'est pourquoi la FHP-MCO a lancé en novembre 2015, l'opération « À cœur ouvert », adressée aux élus, avec l'objectif de mieux faire connaître l'hospitalisation privée.

Légitimement, le secteur de l'hospitalisation privée demande à être reconnu pour ce qu'il est et pour ce qu'il réalise. Toutefois, pour être reconnu, il faut déjà être connu. L'est-il ?

« Chacun d'entre vous l'est-il, de son maire, de son député, de son sénateur, du président de la Chambre de commerce, du président du Conseil de l'ordre ? Connaissent-ils le nombre de patients que vous prenez en charge, le nombre des salariés que vous employez, les investissements que vous avez réalisés, vos



activités spécifiques et d'excellence, votre prise en charge de patients CMU, vos modalités de financement par l'Assurance maladie, etc. ? Nous sommes nos meilleurs ambassadeurs, alors démultiplions les prises de contacts locaux. Nous comptons sur vous pour leur rappeler que chaque jour, ce sont 23 000 patients qui, partout en France, choisissent de prendre le chemin des cliniques et hôpitaux privés, et parmi eux quelques milliers qui choisissent celui de votre établissement. Un choix des citoyens qui en dit long sur la place que vous occupez », annonçait Ségolène Benhamou, présidente de la FHP-MCO. La FHP-MCO ouvrirait ainsi une fenêtre d'action nationale du 9 au 20 novembre 2015, un cadre dynamique afin que chaque établissement de santé privé MCO convie in situ les élus de son territoire pour une rencontre « À cœur ouvert ». Cette action de communication politique était planifiée au moment où députés et sénateurs votent le PLFSS et où les candidats élections régionales étaient en campagne.

Ségolène Benhamou défend l'idée de « travailler ensemble » au Congrès des représentants des usagers.

LA FHP-MCO dans la presse

2015 a permis de présenter Ségolène Benhamou, nouvelle présidente de la FHP-MCO, en tant qu'experte auprès des médias, et ainsi construire une relation de confiance avec des leaders d'opinions. Des rencontres informelles avec des journalistes ont été l'occasion d'exprimer les positions et revendications de la branche MCO dans le paysage médiatique, en toute cohérence avec la fédération. La FHP-MCO a donc pu souligner ses positions et arguments autour de différents sujets - campagne tarifaire, opération « 1000 recours » ou encore le plan d'urgence ORSAN – auprès de médias influents comme l'APM, Hospimédia, Les Echos, Le Figaro, l'AFP, Le Quotidien du Médecin.

D'un point de vue qualitatif

100 retombées sont des articles, dépêches, interviews ou brèves dédiées ; 40 retombées sont des citations ou annonces ; 23 retombées sont des interviews ou des expertises dans des articles non dédiés à la FHP-MCO ; 2 retombées sont des reprises stricto de communiqués de presse. Au total : 9 rendez-vous informels organisés, mais aussi, près d'une dizaine de suivi d'interviews et autant de rencontres lors d'événements presse pour lesquels les journalistes cibles se sont mobilisés. Ces prises de contact régulières génèrent un réflexe de sollicitation lors d'actualités dans le secteur (loi de santé, opération « 1000 recours », dépassements d'honoraires, etc.). En parallèle de ces rendez-vous, 13 communiqués de presse ont été diffusés sur des sujets d'actualité que ce soit de la FHP-MCO ou du secteur. Au total, l'ensemble des actions presse et communication – comme les newsletters le « 13h » ou les différentes dépêches – ont permis de générer 165 retombées presse cette année. Les sujets sont majoritairement repris dans la presse en ligne, qui traite et reprend plus facilement les réactions à chaud, les dépêches FHP-MCO ou encore les newsletters. Quelques beaux articles sont également parus dans la presse écrite et dans des dépêches d'agences de presse

DÉCISION SANTÉ

Le Courrier
des Yvelines

APMnews.com

LE FIGARO

Le Parisien

egora

AFP

HOSPIMEDIA

Les Echos

LE QUOTIDIEN
DU MÉDECIN

13
communiqués
de presse ont
été envoyés

professionnelle et généraliste. L'ensemble des actions a permis de sensibiliser des journalistes de la presse grand public (*Le Figaro, Le Parisien, Les Echos, Le Courrier des Yvelines*) et de la presse professionnelle (*Le Quotidien du Médecin, Décision Santé, Hospimédia*). Ainsi, la couverture a permis de toucher une large cible de lecteurs (en local comme en national) : grand public, décideurs, parties-prenantes (médecins, directeurs de cliniques), etc. ; contribuant ainsi à l'image et la notoriété du syndicat.

Focus sur la convention 2015

La presse professionnelle s'est déplacée (*Hospimédia, APM, Le Quotidien du Médecin, Décision Santé*) et a relayé les différents échanges, tout comme les retours d'expérience : les GHT privés, l'opération « 1000 recours », l'enquête autour de l'avenir de la cancérologie menée par la FHP-MCO et l'AFU-UNHPC. 22 retombées ont été comptabilisées.

Focus sur la création de la Forêt de l'hospitalisation privée le 3 décembre.

La presse locale (*Le Parisien Yvelines, Le Courrier des Yvelines et Vivre à Conflans*) a couvert l'événement et a généré des retombées presse en print et en ligne.



3,5 %

Le site FHP-MCO a reçu 111 606 visites, une augmentation de 3,5 % par rapport à 2014

La FHP-MCO est fortement présente sur le digital et les réseaux sociaux

La FHP-MCO a déployé de nouveaux efforts en 2015 pour renforcer sa visibilité digitale et *social media* : un site qui continue à voir son trafic grandir et qui va prochainement faire peau neuve, et une prise de parole active sur Twitter pour augmenter le pouvoir d'influence de la FHP-MCO.

Les « 13h », les dépêches, les newsletters « Fil rose », « Fil bleu » et « Fil vert » sont repris sur le site web. Par ailleurs, des articles de fond sont publiés au minimum bimensuellement dans la rubrique du site « *Le Blog* ».

Après quatre années d'existence, la FHP-MCO a décidé de lancer la refonte de son site Internet afin d'améliorer l'accessibilité de son information pour ses utilisateurs. L'arborescence du site, la structure de ses pages, son design et sa technologie seront revus en 2016 afin de proposer une plateforme de contenu moderne et intuitive. En 2015, de plus en plus d'utilisateurs ont accédé au site avec un smartphone et une tablette pour atteindre 15 % des visites aujourd'hui.

Le site FHP-MCO (<http://www.fhpmco.fr>) a reçu sur l'année 2015 plus de 111 606 visites, soit une augmentation de près de 3,5 % par rapport à l'année 2014. Près de 200 000 pages ont été vues sur cette même période par 82 304 visiteurs uniques, ce qui est une belle performance. Les internautes passent en moyenne près de 1 minute 30, et lisent plusieurs articles (en moyenne 1,78 page est parcourue sur le site lors d'une session). La visibilité du site de la FHP-MCO continue de croître sur le web et les réseaux sociaux, ce qui conforte la position de référence du syndicat pour les acteurs de la santé privée.

La FHP-MCO dynamise sa communication via Twitter

Twitter est un canal de communication clé pour toucher les influenceurs de la santé et la presse digitale. Twitter est donc un levier d'influence très important sur lequel la FHP-MCO a décidé de renforcer sa prise de parole en 2015.

Le fil Twitter de la FHP-MCO (<https://twitter.com/fhpmco>) a gagné



durant l'année 2015 un grand nombre d'abonnés pour arriver aujourd'hui à plus de 1 000 followers (personnes qui suivent quotidiennement les communications du compte). La prise de parole du compte couvre les diverses communications de la FHP-MCO et des relais d'informations pertinents sur le secteur.

Plusieurs live-tweets ont été réalisés afin de relayer et valoriser les rendez-vous importants de la FHP-MCO. L'objectif de ces live-tweets est de renforcer la visibilité des actions, comme lors de la convention FHP-MCO 2015 (88 tweets publiés, 51 relais du contenu publiés) par les abonnés du compte, 5 463 lectures des tweets de l'événement, ou le 24 septembre lors du 6^e Congrès des représentants des usagers. Ces live-tweets renforcent la visibilité de la FHP-MCO et permettent aux abonnés



de participer à distance aux différents événements.

Enfin, le « flux RSS » du site de la FHP-MCO (<http://feeds.feedburner.com/FHPMCO>) permet d'être averti dès qu'un nouvel article est disponible sur le site. Au cours de l'année 2015, une hausse de 8 % a été comptabilisée au niveau des abonnés au flux RSS pour arriver à plus de 452 abonnés.

Gestion électronique des documents

Partager ses documents, collaborer, et accéder aux informations facilement est devenu une réalité au sein de la FHP-MCO et des groupes experts, depuis la mise en place de la plateforme documentaire DYNEDOC, au cours du 4^e trimestre 2015. [<http://fhpmco.dynedoc.fr>] Simplicité d'utilisation, sécurité et

confidentialité des serveurs et la qualité de l'accompagnement proposé ont motivé la décision de retenir le service DYNEDOC. 148 personnes, réparties dans plusieurs groupes de travail (juridique, évolution de la classification, médecine libérale, qualité, naissance, etc.) disposent d'un compte et bénéficient du programme de formation. En plus d'un service de stockage et de partage documentaire, DYNEDOC permet également à tous ses utilisateurs de communiquer entre eux, de prendre connaissance des dernières actualités les concernant, de réagir et de commenter les documents et bien plus encore. Depuis mars 2016, les membres du bureau disposent également d'un compte leur permettant de préparer les réunions de bureau et de s'informer sur les derniers documents validés.

Ségoène Benhamou interrogée par Olivier de Lagarde, journaliste et modérateur, à l'occasion des vœux de la FHP.



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

R

assurer le projet de « loi de santé », en a été de moderniser le système de soins et de changer l'offre de soins. Mais le projet de loi de santé ne se résume pas à la loi de santé, c'est tout un mouvement de la profession de santé qui se joue.

Jamais dans aucun scénario catastrophe nous n'arriverons à une telle sanction.



Le projet de loi de santé est le projet de loi de modernisation du système de soins. C'est le projet de loi de santé qui est le projet de loi de la profession de santé. Ce projet de loi de santé est le projet de loi de la profession de santé.

Le projet de loi de santé est le projet de loi de modernisation du système de soins. C'est le projet de loi de santé qui est le projet de loi de la profession de santé. Ce projet de loi de santé est le projet de loi de la profession de santé.



Le projet de loi de santé est le projet de loi de modernisation du système de soins. C'est le projet de loi de santé qui est le projet de loi de la profession de santé. Ce projet de loi de santé est le projet de loi de la profession de santé.

Le projet de loi de santé est le projet de loi de modernisation du système de soins. C'est le projet de loi de santé qui est le projet de loi de la profession de santé. Ce projet de loi de santé est le projet de loi de la profession de santé.

Ségolène Beuhmster
Présidente du conseil d'administration FHP-MCO

recherche clinique RETOURS SUR ENQUÊTE

PRÉFÉRENCES DANS LA RECHERCHE CLINIQUE

53% 47%

50% 27%

73% 27%

63.3%

25.8%

82.5%

« à cœur ouvert »

Durant deux semaines, les établissements de santé privés (oncologie, chirurgie orthopédique) se réunissent partout en France pour recevoir leurs élus. Ce rencontre « à cœur ouvert » est l'occasion de mieux se connaître et de discuter et d'écouter les acteurs, les équipes des 300 cliniques et hôpitaux privés français.

Du 9 au 20 novembre 2015, les cliniques et hôpitaux privés accueillent leurs élus

5 MINUTES POUR COMPRENDRE

Campagne tarifaire Friandise des économistes, ineptie pour les managers!

L'effort notable demandé aux établissements de santé privés est inéquitable.

Le projet de loi de santé est le projet de loi de modernisation du système de soins. C'est le projet de loi de santé qui est le projet de loi de la profession de santé. Ce projet de loi de santé est le projet de loi de la profession de santé.

1/ Des soins de proximité pluri-disciplinaires

Les cliniques et hôpitaux privés ont répondu à la demande de soins de proximité. 73% des cliniques et hôpitaux privés ont répondu à la demande de soins de proximité.

2/ Des établissements de santé grand public

Les cliniques et hôpitaux privés ont répondu à la demande de soins grand public. 63.3% des cliniques et hôpitaux privés ont répondu à la demande de soins grand public.

3/ La qualité à tous les étages

Les cliniques et hôpitaux privés ont répondu à la demande de qualité à tous les étages. 82.5% des cliniques et hôpitaux privés ont répondu à la demande de qualité à tous les étages.

4/ Un acteur économique et social

Les cliniques et hôpitaux privés ont répondu à la demande d'être un acteur économique et social. 82.5% des cliniques et hôpitaux privés ont répondu à la demande d'être un acteur économique et social.

5/ Le bon usage des deniers publics

Les cliniques et hôpitaux privés ont répondu à la demande de bon usage des deniers publics. 82.5% des cliniques et hôpitaux privés ont répondu à la demande de bon usage des deniers publics.

AUGMENTATION DES FIANCIERS PUBLICS	17%
INDICENTIELLE	34%
ACCROISSEMENT DES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT	220€
ACCROISSEMENT DES DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT	330€

SÉMINAIRE STRATÉGIQUE

Bordeaux, 10 et 11 septembre 2015

PLFS UNE CAMPAGNE TARIFAIRE 2015 PRÉOCCUPANTE

GHT QUELLE PLACE SERA RÉSERVÉE AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS ?

SI EG OUEST-CE QUI S'EN FAIT UN SÉRIENSE « RASONNABLE » ?

FHP MCO MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

6^e CONGRÈS DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

ANNALES 24 SEPT 2015

la forêt de l'hospitalisation privée

Le billet Obession malade
L'acte santé La CRUPC devient la CDU
1.2.3 questions Benoît Péricard, KPMG

13H 2015





le billet

Ségolène Benhamou,
présidente de la FHP-MCO

Obsession

Plutôt que de s'intéresser à l'efficacité des hôpitaux publics... **le billet**

l'actu santé

LA PAROLE AUX PATIENTS

1.2.3 questions

Benoît Péricard,
Associé KPMG en charge de la santé

LA FHP-MCO ET L'AFC-UNHPC S'ENGAGENT POUR OCTOBRE ROSE



N°4 du 27 octobre 2015




Le mot de l'AFC-UNHPC

Lors de la préparation des « Fil Roses » pour cette année 2015, nous avons fait le choix de ne pas évoquer les partisans de l'anti-dépistage.

Mais compte tenu de l'ampleur de la campagne des « antis » dénommée « Cancer-Rose », nous tenons à nous inscrire en faux sur un grand nombre de leurs arguments :

- La mammographie « outil de diagnostic mais pas de dépistage » selon eux ;
- Le risque de surdiagnostic ;
- Le dépistage comme une source d'anxiété pour les femmes ;
- Pas de bénéfice au dépistage : toujours autant de grosses tumeurs, pas d'amélioration de la longévité des femmes, etc.

Il est bien démontré que la survie des femmes atteintes d'un cancer (dépisté ou découvert autrement) augmente de façon précise depuis 2005, soit depuis le début du dépistage organisé. Et parce que les tumeurs diagnostiquées le sont à un stade de plus en plus précoce, leur traitement est de moins en moins lourd et agressif.

Doit-on demander aux femmes de ne pas être dépistées pour éviter une certaine anxiété au moment de la mammographie et devoir subir ensuite des traitements lourds et parfois difficiles à assumer ?

Sans parler des coûts pour la collectivité : le traitement d'un cancer du sein avancé (soit : chirurgie + chimiothérapie + radiothérapie) est trois à quatre fois plus élevé que lorsque la tumeur est diagnostiquée tôt, et que le seul traitement par chirurgie,



LE DÉPISTAGE ORGANISÉ
DES CANCERS DU COLON ET DU RECTUM
EN FRANCE





édito

**Le cancer du côlon :
2 sujets tabous !**

Avec 35 000 nouveaux cas par an, c'est le 3ème cancer en France (après celui du poumon et du sein) et le 2ème cause de décès par cancer.

Le côlon étant un organe profond, le dépistage est d'autant plus indispensable pour détecter cette pathologie le plus tôt possible, et accroître les chances de survie avec une qualité de vie satisfaisante. Pourtant, actuellement 50 % des cancers du côlon ne sont diagnostiqués qu'aux stades III ou IV.



FHP-MCO

La Fédération de l'Information Privée des établissements de Santé

TWEETS	ARTICLES	VIDÉOS	PHOTOS	LIENS
1 523	1 421	1 024	120	1

Twitter Tweets & réactions Photos & vidéos

Twitter group FHP-MCO (Groupe : 7 266)

Twitter #13H "Les Repettes" Ségolène Benhamou bit.ly/1Lxe63q

Suggestions

Chapelle FR



FHP-MCO @fhp-mco · 26 oct. 2015

Les thématiques de santé intéressent la scène politique bit.ly/1Lxe63q #FHPMCO

#13H

3

3

3

LES PRESTATAIRES EN COMMUNICATION :

Communication globale
BVM Communication
 Véronique Molières
 vmolieres@bvm-communication.com

Relations presse
Agence Wellcom
 Isabelle Gandon
 ig@wellcom.fr

Communication digitale
Be Angels
 Marie Gauffre
 marie.gauffre@be-angels.com







LES GRANDS DOSSIERS

LES GRANDS DOSSIERS

Pour promouvoir une politique de transparence et d'équité, œuvrer pour un financement équitable et à la qualité, simplifier les normes, entreprendre et assurer une mutation responsable, co-construire et influencer.

LOI DE SANTÉ

Le service juridique de la FHP-MCO a accompagné les établissements pour appréhender les évolutions du secteur portées par la loi de santé. D'une part le service juridique a donné des clés de compréhension des enjeux du projet de loi de santé pour les établissements à travers le support « 5 min pour comprendre la loi de santé ». Ce document accessible librement aux adhérents sur le site de la FHP-MCO retrace les principaux enjeux de la loi : la création d'un service territorial de santé au public, la mise en place d'un service public hospitalier remplaçant les 14 missions de service public, la création des groupements hospitaliers de territoire pour structurer l'offre de soins, la mise en œuvre du dossier médical partagé.

D'autre part, le service juridique a accompagné les établissements dans la mobilisation contre ce projet dans sa mécanique anti-privé. Ainsi la FHP-MCO a assuré un appui juridique dans les différents arrêts d'activité et appels à la grève, qu'ils soient du fait des médecins libéraux ou de celui des établissements. Le service juridique a mis à disposition des établissements impactés les procédures de réquisitions à actionner auprès des tutelles pour assurer la permanence et la continuité des soins.

Le service juridique assure un suivi des projets de décret d'application notamment à travers le groupe expert Juridique et prépare un « 5 min pour comprendre la loi et ses décrets d'application » à destination des adhérents.

Un reporting régulier est assuré auprès des élus, notamment du groupe expert Juridique, sur les orientations des projets de textes issus de la loi de santé.



CAMPAGNE TARIFAIRE ET PLAN D'ÉCONOMIES

Dans le cadre du PLFSS, avec l'aide de son service juridique, la FHP-MCO a porté des amendements en lien avec la FHP notamment sur :

- > Le financement de la permanence des soins en ambulatoire pour lequel nous demandons de la transparence ;
- > La fusion du contrat de bon usage du médicament (CBUM), contrat d'amélioration des pratiques, pertinence pour lequel nous demandons la suppression en lien ;
- > L'obligation de participer à l'ENC que nous avons contestée ;
- > La mise en œuvre du contrat pertinence pour lequel nous demandons l'association des médecins ;
- > La dégressivité tarifaire dont nous demandons l'abandon.



Des actions de lobbying sont menées en direction des parlementaires.

En 2015, les tarifs présentent une baisse de 2,5 % dans le secteur privé et de 1 % dans le secteur public, coefficient prudentiel inclus. Ces évolutions s'expliquent par la reconduction des volumes prévisionnels à 2 % pour le secteur privé et 2,8 % pour le secteur public, par une baisse tarifaire de 0,65 % pour les deux secteurs et pour notre secteur par la compensation des avantages tirés du CICE et du pacte de responsabilité (soit une baisse de 1,5 % pour tenir compte de ces deux effets).

Rappelons qu'en 2014, les tarifs ont baissé de 0,24 % dans le secteur privé alors qu'ils sont restés stables dans le secteur public avec une reconduction des volumes prévisionnels à 2 % pour le secteur privé et 2,8 % pour le secteur public et une poursuite du dispositif d'application de récupération du CICE à hauteur de 2/8. La procédure de mise en réserve en début de campagne prévoit désormais une minoration des tarifs par l'application d'un coefficient, dit coefficient prudentiel. Pour la campagne 2015, la valeur du coefficient prudentiel est maintenue à 0,35 % pour les deux secteurs. Ce coefficient doit permettre de constituer une réserve de crédits qui pourront être reversés selon l'état d'exécution de l'ONDAM.

Les coefficients géographiques restent inchangés depuis 2013.

Dans leur majorité, les tarifs des suppléments journaliers (SRC, REA, STE, ANT etc.) sont en baisse de 2,06 %. Les tarifs des différents forfaits SE, ATU, FFM, APE baissent de 1,5 %.

Focus sur l'activité de dialyse

L'ensemble des forfaits et GHS sont en diminution, mais nous attirons votre attention sur l'hémodialyse en centre dont le tarif diminue de plus de 4 %. Cette évolution est cohérente avec l'annonce qui nous avait été faite par la DGOS d'une mesure de 25 millions d'euros d'économies sur la dialyse, ces économies sont réparties entre le centre et le hors centre.

Les tableaux ci-après reprennent l'ensemble des forfaits D et GHS avec leur évolution tarifaire.

CODE	LIBELLÉ	TARIF 2014	TARIF 2015	ECART
SE 1	Acte d'endoscopie sans anesthésie	75,32	74,19	-1,50 %
SE 2	Acte sans anesthésie générale, ou loco-régional nécessitant un recours opératoire	60,25	59,35	-1,49 %
SE 3	Acte nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier	40,16	39,56	-1,49 %
SE 4	Acte nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier	20,08	19,78	-1,49 %
ATU	Accueil et traitement des urgences	25,13	24,75	-1,51 %
FFM	Forfait de petit matériel	18,94	18,66	-1,48 %
APE	Administration de produits et prestations en environnement hospitalier	12,53	12,34	-1,52 %

CODE	LIBELLÉ	TARIF 2014	TARIF 2015	ECART
REP	Supplément de réanimation pédiatrie	758,79	743,16	-2,06 %
REA	Supplément réanimation	648,23	634,88	-2,06 %
STF	Supplément soins intensifs	324,11	317,43	-2,06 %
SRC	Supplément surveillance continue	259,29	253,95	-2,06 %
NN1	Supplément néonatalogie	255,46	250,2	-2,06 %
NN2	Supplément néonatalogie avec soins intensifs	383,95	376,04	-2,06 %
NN3	Supplément réanimation néonatale	758,79	743,16	-2,06 %
DIP	Supplément dialyse péritonéale	44,74	44,07	-1,50 %
ANT	Supplément ante partum	181,07	177,34	-2,06 %

GHS /GHM	LIBELLÉ	TARIF 2014	TARIF 2015	ECART
9602 / 28Z01Z	Entraînements à la dialyse péritonéale automatisée, en séances	379,07	372,85	-1,64 %
9603 / 28Z02Z	Entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire, en séances	353,03	347,24	-1,64 %
9604 / 28Z03Z	Entraînements à l'hémodialyse, en séances	376,53	370,35	-1,64 %
9605 / 28Z04Z	Hémodialyse, en séances	294,34	281,26	-4,44 %
9617 / 28Z04Z	Hémodialyse, en séances	352,88	347,09	-1,64 %

CODE	LIBELLÉ	TARIF 2014	TARIF 2015	ECART
D 11	Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	267,72	259,74	-2,98 %
D 12	Forfait d'autodialyse simple	238,49	231,38	-2,98 %
D 13	Forfait d'autodialyse assistée	244,04	236,77	-2,98 %
D 14	Forfait d'hémodialyse à domicile	216,33	209,88	-2,98 %
D 15	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)	700,09	688,47	-1,66 %
D 16	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	545,11	535,84	-1,70 %
D 20	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée	381,6	370,23	-2,98 %
D 21	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire	355,61	345,01	-2,98 %
D 22	Forfait de dialyse péritonéale automatisée pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours	272,13	264,02	-2,98 %
D 23	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire pour une hospitalisation d'une durée comprise entre 3 et 6 jours	213,64	207,27	-2,98 %
D 24	Forfait d'entraînement à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	376,53	365,31	-2,98 %
DTP	Supplément tierce personne	23,72	23,01	-2,99 %

La chirurgie ambulatoire

La politique d'incitation tarifaire à la pratique de la chirurgie ambulatoire est poursuivie mais avec la nécessité de prendre en compte le rapport IGS/IGAS qui préconise de faire des économies grâce à la chirurgie ambulatoire.

La campagne tarifaire 2014 avait vu la mise en place de tarif identique pour tous les couples de GHM en J et niveau 1 (demande FHP-MCO). Cette mesure est maintenue et le scénario de fixation de ces tarifs doit comprendre, tout comme l'an dernier, quatre classes d'incitations tarifaires en fonction du taux de chirurgie ambulatoire observé ou cible.

Les dispositifs médicaux

Quatre classes de dispositifs médicaux ont été réintégrées pour la campagne 2015 :

- > Les implants digestifs pour gastroplastie (7 codes LPP concernés) : 5,7 millions sur le GHM 10C09 ;
- > Les anneaux valvulaires cardiaques (3 codes LPP concernés) : 4,4 millions sur les GHM 05C02, 05C03 et 05C06 ;
- > Les clips artériels (1 code LPP concerné) : 255 KE sur le GHM 01C04 ;
- > Les implants ORL pour la chirurgie de l'oreille interne (11 codes LPP concernés) : 1,3 million sur le GHM 03C09 et 03C20.

Les molécules onéreuses

Les neuf médicaments suivants ont été réintégrés pour la campagne 2015, mais ces réintégrations impactent peu de séjours dans notre secteur.

- > BEROMUN
- > DAUNOXOME
- > METASTRON
- > PHOTOFRIN
- > PROLEUKIN
- > QUADRAMET
- > ETHYOL
- > MUPHORAN
- > TOMUDEX

Et la spécialité médicale « CAELYX » reste sur la liste en sus pour certaines indications uniquement.

Les établissements de santé isolés

Le forfait « activités isolées »

L'arrêté prestation 2015 a intégré le nouveau « forfait activités isolées » issu de l'application de l'article L162-22-8-1 du CSS (article 41 de la LFSS 2014). Les tarifs de ces nouveaux forfaits annuels pour les activités isolées sont fixés à l'annexe XII (liste II pour nos établissements).

La situation géographiquement isolée de certains établissements induit une plus faible activité, pouvant mettre en péril l'équilibre économique de l'établissement. Pourtant, certains établissements, ou certaines activités développées, sont jugés indispensables à un maillage du territoire pour garantir l'accès aux soins.

Il a donc été décidé un financement complémentaire, en sus des tarifs nationaux de prestation, pour les activités isolées des établissements géographiquement isolés. Ce financement est pris en charge par le biais du FIR et s'inscrit dans le cadre d'engagements contractuels avec l'ARS.

Deux critères simultanément présents

Ils définissent le caractère isolé d'un établissement. Tout d'abord, la distance aux autres établissements : un établissement peut être considéré comme isolé si l'activité médecine, chirurgie, obstétrique, et interventionnelle, produite par les autres établissements présents dans un rayon de 45 minutes est inférieure à 10 000 séjours. Le délai de 45 minutes est compris comme la durée de trajet routier, prenant en compte les temps de trajet aux heures pleines et aux heures creuses.

Le deuxième critère concerne la densité de la zone de recrutement. Si elle est inférieure à 80 habitants au km², l'établissement est isolé (le seuil de 80 correspond à la médiane de la densité de population par département).

De plus, pour les établissements développant une activité d'obstétrique, la part de marché de l'établissement dans la zone géographique considérée doit être au moins égale à une valeur qui sera précisée par arrêté.

Les activités isolées

Il s'agit des activités exercées dans un établissement isolé et dont le directeur général de l'ARS constate que le maintien est nécessaire pour assurer l'accès aux soins ou la continuité des soins. Ces activités bénéficient d'un complément de financement en sus des tarifs nationaux de prestations.

Ce financement est composé d'une part fixe versée sous la forme de forfaits nationaux annuels par activité et d'une part variable versée sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional.

La liste des établissements éligibles à ce financement est fixée, pour chaque région, par les ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale sur proposition du directeur général de l'ARS pour une durée de cinq ans. Cette liste est révisable tous les ans.

La liste, et les décisions la modifiant, entrent en vigueur le 1^{er} mars suivant leur publication. Les propositions de modifications de la liste sont transmises chaque année par les directeurs généraux des ARS au ministère avant le 1^{er} février. Lorsque le directeur général de l'ARS envisage de proposer l'exclusion d'un établissement inscrit sur la liste, il notifie au préalable cette mesure à l'établissement et lui demande de faire connaître, dans les quinze jours, ses observations en réponse.

Les forfaits nationaux annuels

Leur calcul tient compte des seuils d'activité déterminés sur la base des informations PMSI, permettant d'équilibrer les charges et les produits de l'activité considérée. La valeur des forfaits varie en fonction de l'écart entre ces seuils d'activité et l'activité produite par l'établissement.

Leur montant annuel est arrêté pour chaque établissement par le directeur général de l'ARS, et leur attribution est subordonnée au respect par l'établissement d'engagements inscrits dans le CPOM, et portant sur le



maintien de l'activité sur le territoire, ou sur des actions de coopération à mener, ou encore sur l'amélioration de sa situation financière.

Félix Faucon,
chef de service
de la DGOS,
intervient à la
journée IFAQ.

La dotation du fonds d'intervention régional (FIR)

Son calcul tient compte de la réalisation des engagements précédemment cités. Son montant, qui peut être nul, est déterminé par le directeur général de l'ARS.

Le montant annuel cumulé (forfaits nationaux + dotation FIR) ne peut excéder un plafond fixé en pourcentage des produits de l'activité hospitalière financés par l'Assurance maladie et perçus par l'établissement, après déduction du montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

IFAQ : LE FINANCEMENT À LA QUALITÉ

Le projet d'incitation financière à l'amélioration de la qualité, IFAQ, a pour objectif de prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé. Co-piloté par la DGOS et la HAS, les travaux sont confiés au projet COMPAQ-HPST et menés en lien avec l'ATIH, l'ANAP et les fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, UNICANCER, FHP et FHP-MCO). L'objet est donc de concevoir un modèle d'évaluation de la qualité des établissements à partir d'indicateurs qualité généralisés et de simuler une valorisation financière en lien avec cette évaluation.

Ce modèle doit permettre de transformer les résultats des indicateurs (ou composantes) en nombre de points, puis d'agréger les résultats pour obtenir un « score établissement » et enfin de convertir ces points en paiement. Les résultats obtenus pour chaque composante sont transformés en score de points : en règle générale, chaque composante se voit attribuer une cotation de 0,5 ou 10 points, avec dans certaines situations, des bonus ou des pénalités. Dès que cela est possible, le score prend en compte le niveau atteint (l'excellence) et l'effort (l'évolution entre deux périodes de recueil), ceci afin de permettre au modèle d'être incitatif.

Une expérimentation en deux temps

La démarche, pour être opérationnelle et pragmatique, a fait l'objet d'une expérimentation en deux temps.

La 1^{re} phase du programme IFAQ s'est déroulée entre novembre 2012 et décembre 2014, après un appel à candidatures durant l'été 2012. 222 établissements avaient été retenus pour participer à cette expérimentation, dont 93 ont été rémunérés en décembre 2014.

La 2^e phase de l'expérimentation s'est déroulée entre juillet 2014 et décembre 2015. Il s'agissait d'adapter le modèle IFAQ à la remontée biennale des indicateurs, en intégrant notamment des indicateurs de spécialité généralisés par la HAS et d'évaluer la persistance d'un effet de l'incitation au cours du temps.

490 établissements ont participé au programme IFAQ 2 ([arrêté du 31 mars 2015](#)) et 176 ont été rémunérés en décembre 2015.

Le programme IFAQ est inscrit dans la LFSS 2015 : la généralisation du programme IFAQ aux établissements MCO et HAD est actée pour l'année 2016 avec la création d'un financement spécifique. Les décisions prises pour les deux phases de l'expérimentation (IFAQ 1 et IFAQ 2) ne préjugent en rien du modèle qui sera retenu pour la généralisation.

Certains principes fondamentaux de la 1^{re} phase ont été conservés pour IFAQ 2.

Citons :

- > les critères d'éligibilité à l'expérimentation ;
- > la prise en compte de l'excellence et de l'effort ;
- > les principes de sélection des indicateurs (généralisé, obligatoire, le plus exigeant) ;
- > l'incitation financière strictement positive (aucune pénalité n'est prévue) ;
- > l'exclusion des établissements « non répondants » aux IQSS nationaux obligatoires ;
- > le fait qu'« aucune » charge de travail supplémentaire ne soit demandée aux établissements, le recueil s'effectuant dans le cadre de la procédure de certification, et des campagnes habituelles.

Toutefois, raisonner sur des nouvelles composantes implique des spécificités. Ainsi, le périmètre de l'évaluation de la qualité sur laquelle est fondée la rémunération varie selon les établissements en fonction des composantes qui leur sont applicables. Cette question du périmètre a été plus problématique pour IFAQ 2 du fait de la prise en compte des indicateurs de pratique clinique : plus de 30 % des établissements IFAQ 2 n'étaient concernés par aucune des composantes de spécialité. Ceci a conduit à catégoriser les établissements en deux groupes (donc deux classements) : les établissements avec ou sans recueil d'indicateurs de spécialités. Par ailleurs, le modèle IFAQ 2 s'est aussi différencié du modèle IFAQ 1 par la prise en compte de plusieurs niveaux de pondération : les pondérations des composantes, comme pour IFAQ 1,

mais également des pondérations infra-composantes (car plusieurs composantes comprennent plusieurs indicateurs) et une pondération entre indicateurs du tronc commun et indicateurs de pratique clinique pour les établissements concernés.

Les principes de la valorisation ont été identiques pour les deux phases de l'expérimentation : classement des établissements en fonction du score agrégé (performance relative) ; sélection des 30 % meilleurs : rémunération de ces 30 %.

Pour les établissements rémunérés, la rémunération est comprise entre 0,3 et 0,5 % du budget Assurance maladie (« base MCO » hors MIG/MO/DM) avec trois tranches de rémunération :

- > 1^{er} tiers des rémunérés : 0,5 % et plafond 500k€ ;
- > 2^e tiers des rémunérés : 0,4 % et plafond 400k€ ;
- > 3^e tiers des rémunérés : 0,3 % et plafond 300k€ ;
- > plancher de 50k€ dans tous les cas ;
- > une prime aux meilleurs par catégorie.

Il faut souligner que pour les deux phases de l'expérimentation la DGOS a décidé de rémunérer plus d'établissements que prévu : pour IFAQ 1, la moitié des établissements ont été rémunérés et pour IFAQ 2, 40 % des établissements, alors que la règle était de rémunérer les 30 % « meilleurs ».

Généralisation du programme IFAQ

L'année 2015 a aussi été rythmée par les travaux en vue de la généralisation du programme IFAQ pendant lesquels la FHP-MCO a continué de défendre une démarche « promotionnelle » et non « compassionnelle », ce qui se traduit par un attachement à la valorisation de l'excellence en matière de qualité et de la sécurité des soins. Le syndicat a défendu un modèle dynamique de financement assurant une lisibilité, visibilité et une continuité dans le temps mais aussi une simplicité et lisibilité du modèle pour les établissements de santé.

Les textes qui encadreront le programme IFAQ sont :

- > l'article 51 de la LFSS 2015 (article L.162-22-20 du CSS) qui crée une dotation complémentaire liée à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les établissements de santé financés à l'activité ;
- > le décret n°2015-1866 qui détermine les conditions d'éligibilité des établissements de santé à ce financement complémentaire et précise les modalités de détermination du montant de cette dotation ;
- > un arrêté relatif à l'obligation de recueil des indicateurs (IPAQSS, TBIN, IFAQ), à paraître avant le 1^{er} décembre précédant l'année civile considérée (n-1) ;
- > un arrêté fixant les paramètres du modèle IFAQ à paraître avant le 31 décembre précédant l'année civile considérée (n-1). Cet arrêté pourra être pluriannuel. Pour l'année 2016, ces 2 arrêtés doivent paraître, à titre dérogatoire, au plus tard dans trois mois ;
- > une dotation arrêtée par le DGARS le 15 décembre de l'année civile considérée.

En conclusion, le modèle IFAQ est techniquement complexe et a continué en 2015 de se construire en avançant. Beaucoup d'incertitudes ont persisté tout au long de la construction des modèles IFAQ 1, IFAQ 2, et généralisation. Toutefois, la FHP-MCO, véritable force de proposition sur ce dossier, a veillé, tout au long de l'année, à son élaboration, étape par étape (participation active aux réunions et sollicitation du groupe technique, retours et sollicitations de l'avis du groupe expert Qualité, etc.), ainsi qu'à la compréhension et l'appropriation du modèle par les établissements (organisation d'une journée d'information FHP-MCO, présentation des enjeux aux assemblées générales des FHP régionales, à la journée « Qualité et sécurité des soins » organisée par la FHP Normandie, à la journée des responsables qualité Santécity, réponse aux questions des adhérents, etc.).

La FHP-MCO, véritable force de proposition sur ce dossier, a veillé, tout au long de l'année à son élaboration, étape par étape, ainsi qu'à la compréhension et l'appropriation du modèle par les établissements.

COEFFICIENT PRUDENTIEL

En début de campagne 2013, une nouvelle procédure de mise en réserve a été mise en place afin de respecter l'ONDAM hospitalier. Si, jusqu'en 2012, les mises en réserve prudentielles étaient réalisées sous la forme de gel des crédits MIGAC, l'article 60 de la LFSS 2013 (Art L162-22-9-1 CSS) prévoit une minoration des tarifs par l'application d'un coefficient, dit coefficient prudentiel.

Ce coefficient doit permettre de constituer une réserve de crédits qui pourra être reversée selon l'état d'exécution de l'ONDAM. Le coefficient prudentiel n'est un pas outil tarifaire au sens strict. C'est un outil de maîtrise de l'ONDAM hospitalier. Pour la campagne 2015, la valeur du coefficient prudentiel est maintenue à 0,35 % pour les deux secteurs, comme pour les campagnes 2013 et 2014. Ainsi, dans la construction de l'ONDAM hospitalier 2015, 143 M€ ont été gelés au titre du coefficient prudentiel MCO dont 32 M€ pour notre secteur.

Mais, en 2015, ce mécanisme a été étendu aux secteurs SSR et psychiatrie privés sous OQN par la mise en place d'une dotation prudentielle OQN fixée à 8,6 M€ (6,5 M€ pour l'OQN SSR et 2,1 M€ pour l'OQN PSY), soit l'équivalent d'une baisse tarifaire de 0,35 %.

Au total pour la campagne tarifaire 2015, les mises en réserve prudentielles se sont donc élevées à 151,8 M€.

Malgré notre opposition en 2013 à la mise en place de ce dispositif, nous notons que les engagements ont été respectés : en 2013 et 2014, l'ensemble des réserves au titre du coefficient prudentiel ont été restituées en fin de campagne, en 2015, la restitution a été partielle, comme la loi le permet.

Les montants en jeu pour le dégel 2015 sont : 100 M€ sur le champ MCO répartis au prorata des mises en réserve, ce qui représente 22,4 M€ sur le champ MCO ex-OQN, soit 0,24 %.

Pour rappel, le coefficient prudentiel est appliqué du 1^{er} mars au 28 février aux GHS et éléments s'y rapportant (suppléments, EXH, forfait ou tarif EXB), aux GHT, aux ATU, FFM, SE, APE, aux forfaits D et forfaits PO. L'HAD est donc également concernée. Les nouveaux forfaits « activités isolées » et

« innovation », eux, ne le sont pas.

Concernant le dégel, il s'agit de redistribuer le montant dégelé à l'ensemble des établissements de santé. Les données du PMSI des huit premiers mois ont été utilisées pour déterminer une clé de ventilation basée sur les montants Assurance maladie des prestations impactées par le coefficient prudentiel et ainsi attribuer un poids relatif à chaque établissement.

Nous continuons d'accorder la plus grande attention à cette mesure. Le coefficient prudentiel a fait l'objet de plusieurs dépêches tout au long de l'année, notamment pour en expliquer les modalités d'application et celles du dégel. En prévision de ce dégel, la FHP-MCO a appelé à la vigilance sur l'exhaustivité des données PMSI transmises mais également sur le calendrier (les transmissions doivent être faites dans les délais impartis), pour éviter que la valorisation lors du reversement des mises en réserves prudentielles ne soit sous-estimée.

Les différents textes encadrant ce dispositif dans le champ MCO sont :

- > l'article 60 de la LFSS 2013 (Art L162-22-9-1 CSS) qui prévoit une minoration des tarifs par l'application d'un coefficient, dit prudentiel ;
- > le décret n°2013-179 du 28 février 2013 ; et pour la campagne tarifaire 2015 :
- > l'arrêté du 4 mars 2015 qui fixe pour l'année 2015 la valeur du coefficient à 0,35 % ;
- > l'instruction DGOS n° 2015-119 du 13 avril 2015 qui apporte des précisions sur l'application du coefficient prudentiel dans les établissements privés ;
- > L'arrêté du 7 décembre 2015 fixant pour l'année 2015 le montant des crédits à verser aux établissements de santé au titre de l'article L. 162-22-9-1 du code de la Sécurité sociale.

Pour la campagne 2015, la valeur du coefficient prudentiel est maintenue à 0,35 % pour les deux secteurs, comme pour les campagnes 2013 et 2014.

LE MÉCANISME DE DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE

L'article 41 de la LFSS 2014 (Art L.162-22-9-2 CSS) a notamment introduit un nouveau mécanisme de régulation de l'activité des établissements de santé appelé mécanisme de dégressivité tarifaire. L'article L.162-22-9-2 du code de la Sécurité sociale permet une minoration des tarifs des établissements de santé lorsque l'activité produite par ces établissements dépasse un seuil dont la valeur est exprimée en taux d'évolution ou en volume d'activité.

L'arrêté précisant les paramètres d'application pour 2015 de ce nouveau dispositif de dégressivité tarifaire fixe les éléments suivants pour l'année 2015 :

- > le seuil de déclenchement : la valeur de ce seuil est exprimée en taux d'évolution pour chaque racine de GHM concernée. Il varie de 5 % (par exemple pour la racine 03C14 « drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans ») à 53 % (pour la racine 10C13 « interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité »). Nous vous rappelons que le décret laisse la possibilité d'exprimer ces seuils en taux d'évolution ou en volume d'activité et de les différencier par région « compte tenu des variations géographiques des taux de recours aux soins constatés sur certaines activités ». Cette possibilité de fixer des seuils différents par région n'a donc pas été retenue pour l'application de l'année 2015 ;
- > la valeur du taux de minoration du tarif fixé à 20 %. Cette minoration de 20 % du tarif sera appliquée sur l'activité produite au-delà du seuil.

Le périmètre des activités concernées :

- > 25 racines de GHM sont concernées. La DGOS a souhaité cibler des activités en lien avec la pertinence des soins (existence de recommandations HAS).

À ce jour, les textes encadrant ce dispositif sont les suivants :

- > l'article L162-22-9-2 et les articles R162-42-1-4 à R162-42-1-8 du code de la Sécurité sociale ;
- > le décret n° 2014-1701 du 30 décembre 2014 relatif à la dégressivité tarifaire applicable aux établissements de santé prévue à l'article L. 162-22-9-2 du code de la Sécurité sociale ;

- > l'arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les paramètres d'application du mécanisme de dégressivité tarifaire prévus par l'article R. 162-42-1-4 du code de la Sécurité sociale.

Les prestations d'hospitalisation concernées par l'application du mécanisme de dégressivité tarifaire et valeur des seuils figurent en page 55.

Rappel : une date d'application en mai 2016 sur les données 2015 / 2014.

La première application de ce dispositif concerne l'activité des établissements de santé effectuée au cours de l'année 2015. Toutefois, l'activité des établissements de santé au titre d'années antérieures est prise en compte.

Les montants des sommes dues par établissement, résultant de l'application des coefficients de minoration, sont déterminés sur la base des données disponibles au 15 mai de l'année suivant l'année civile considérée, soit pour la première année d'application les données 2015 au 15 mai 2016.

SIMPLIFICATION DES NORMES

Position de la FHP-MCO sur la simplification des normes, établie lors du séminaire du conseil d'administration FHP-MCO de septembre 2014 :

- > les seuils d'activité doivent être appréciés par établissement et non par médecin ;
- > l'établissement de santé, seul détenteur du relais possible (exemple le CHU est seul détenteur d'une unité de réanimation), a l'obligation de signer la convention relais lorsqu'elle est nécessaire pour l'autorisation d'activité d'un autre établissement ;
- > les démarches de gestion du risque et des retours d'expérience peuvent être un élément d'appréciation de l'autorisation ;
- > il ne doit pas y avoir de lien entre certification HAS et autorisation ;
- > les autorisations doivent avoir une durée de vie de dix ans en cohérence avec les investissements engagés par les établissements pour assurer les activités autorisées ;
- > il ne doit pas y avoir de régime d'autorisation par sous-spécialité ;

DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE

RACINE DE GHM, LIBELLÉ ET VALEUR DU SEUIL

Racine de GHM

Libellé

X %
(Valeur du seuil)

01C14

Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien

13 %

01C15

Libérations du médian au canal carpien

14 %

02C05

Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie

12 %

03C10+03C27 (*)

Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans et interventions sur les amygdales en ambulatoire

5 %

03C14

Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans

5 %

03K02

Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires

12 %

05C17

Ligatures de veines et éveinage

10 %

05K06

Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde

18 %

06C09

Appendicectomies non compliquées

5 %

06K05

Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie

21 %

07C13

Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës

9 %

07C14

Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës

14 %

08C24

Prothèses de genou

16 %

08C27

Autres interventions sur le rachis

14 %

08C40

Arthroscopies d'autres localisations

33 %

08C48

Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents

13 %

08C52

Autres interventions majeures sur le rachis

17 %

10C09

Gastroplasties pour obésité

5 %

10C13

Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité

53 %

11C11

Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires

24 %

11C12

injection de toxine botulique dans l'appareil urinaire

36 %

11C13

Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques

17 %

11K08

Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire

10 %

14C08

Césariennes pour grossesse unique

5 %

- > une visite de conformité est obligatoire pour toute nouvelle autorisation avec toutefois une version allégée pour les renouvellements.

Dans le cadre du choc de simplification initié par le gouvernement, le pôle juridique, dans la continuité des travaux initiés en 2014, a poursuivi l'affinement des propositions de simplification demandées par les élus. Ces travaux ont concerné les activités de dialyse, d'obstétrique et de chirurgie ambulatoire, ainsi que le bordereau S3404, les CPOM et le régime des autorisations.

La FHP-MCO a ainsi obtenu des avancées sur la simplification du bordereau S3404 mais qui doivent encore trouver une concrétisation.

Avec la FHP-Dialyse de très (trop) légères avancées ont été obtenues.

Concernant le régime des autorisations, la DGOS est toujours en cours de réflexion en lien avec les prérogatives laissées par la loi de santé pour légiférer dans ce cadre.

Le service juridique est également en veille sur les évolutions des normes de fonctionnement des activités.

Simplification des normes en dialyse

Dans le prolongement des travaux et réunions engagés sur l'année 2014 en matière de simplification des normes de fonctionnement en dialyse, la FHP-Dialyse et la FHP-MCO ont formulé un certain nombre de propositions aux fins d'assouplir les normes de personnel et de matériel en dialyse. Ces propositions ont été présentées auprès du ministère et évoquées à l'occasion du rapport rendu par la Cour des comptes en septembre 2015, qui portait notamment cette année sur la dialyse.

Un rendez-vous à la DGOS en décembre a également été l'occasion de réévoquer toutes les questions d'actualité en dialyse dont les attentes en matière d'évolution de normes de fonctionnement. Cette simplification normative est attendue à l'occasion des ordonnances qui seront prises en application de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

Simplification des normes en maternité

Dans le cadre de la réflexion lancée en faveur de la simplification des normes techniques de fonctionnement, la FHP-MCO a prolongé sur 2015 les travaux qu'elle avait entamés l'année précédente en vue de simplifier le fonctionnement des maternités privées. Des propositions ont été faites pour substituer aux actuelles normes techniques de fonctionnement, jugées trop rigides, des normes de compétence. La FHP-MCO a ainsi proposé au ministère :

- > de mettre un terme à la pratique rigide des seuils pour déterminer les normes de personnel applicables, notamment pour les sages-femmes ;
- > de permettre aux sages-femmes affectées au secteur de naissance d'avoir d'autres tâches concomitantes en secteur d'hospitalisation ;
- > de permettre aux établissements de fixer librement le nombre de chambres individuelles ;
- > de remplacer un IDE par une sage-femme en salle de surveillance post-interventionnelle.

Ces évolutions doivent désormais faire l'objet d'ordonnances qui seront prises, comme pour la dialyse, en application de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

Un groupe de travail avec des représentantes des sages-femmes a également été mis en place afin de traiter de leurs problématiques spécifiques. Il a abouti à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant leur place au sein des staffs de maternité et de la conférence médicale d'établissement.



CHANGEONS D'ATTITUDES POUR NE PAS CHANGER DE CLIMAT !

Le système de santé français est encore considéré comme l'un des meilleurs du monde, mais est-il durable ?

Un système structurellement déficitaire qui vit sur des emprunts est-il durable ?

Une logique du tout curatif qui ne laisse que peu de place à une approche préventive de la santé est-elle durable ? Des activités de soins qui génèrent des impacts environnementaux non négligeables sont-elles durables ?

Des cliniques labellisées

Les normes ont un caractère volontaire. Elles traduisent l'engagement des établissements à satisfaire un niveau de qualité et sécurité reconnu et approuvé. 9 cliniques MCO, et 54 centres de dialyse sont labellisés ISO 14001. Cette norme mesure la maîtrise par l'organisation de ses impacts sur l'environnement. 85 % des établissements labellisés sont de statut privé.

Neuf établissements de santé privés MCO sont enregistrés EMAS

L'enregistrement EMAS permet de faire reconnaître son système de management environnemental basé sur l'amélioration continue des performances environnementales par une norme européenne. 60 % des établissements enregistrés sont de statut privé. Un des deux seuls établissements sanitaires en France labellisés ISO 26000, est MCO privé.

L'hospitalisation privée est pionnière dans l'engagement d'une démarche de développement durable et est en marche pour atteindre les objectifs du Grenelle 2 à l'horizon 2020. Ces objectifs, confirmés par la loi sur la transition énergétique promulguée le 17 août 2015, prévoit pour 2030, une réduction des émissions de gaz à effet de serre de 40 %, une part d'énergies renouvelables dans les consommations de 32 % et une baisse des consommations énergétiques de 20 %.

85 %
des établissements labellisés ISO 14001 sont de statut privé

9
cliniques MCO, et

54
centres de dialyse sont labellisés ISO 14001

9
établissements de santé privés MCO sont enregistrés EMAS

« NOUS AVONS DES RESPONSABILITÉS »

« Nos métiers sont nobles, et nous avons des responsabilités en termes d'exemplarité tant vis-à-vis de nos professionnels, que de nos patients, de nos fournisseurs et de la population en général. La pérennité de notre système de santé repose sur sa viabilité économique. Nous agissons pour une plus grande efficacité de tous les acteurs du monde de la santé. C'est ainsi que les cliniques et hôpitaux privés soignent 34 % des patients hospitalisés avec seulement 17 % des financements hospitaliers. Notre responsabilité de manager est également sociale et sociétale. Comment ne pas épuiser nos ressources humaines mais au contraire redonner du sens à chacun dans son métier ? Associer les professionnels de santé dans le projet d'établissement, valoriser la qualité du travail accompli, être attentif au bien-être au travail sont autant de réponses possibles. Notre métier est de soigner mais également d'être des acteurs de « promotion de la santé ». C'est ainsi que les cliniques et hôpitaux privés participent largement à des programmes de dépistage et d'éducation thérapeutique des patients. Enfin, comment réduire les impacts environnementaux générés par les activités de soins et ainsi assumer notre responsabilité environnementale ? Nombreuses sont les cliniques déjà engagées dans des actions pour préserver l'atmosphère, optimiser les ressources énergétiques, économiser l'eau, réduire leurs déchets, acheter plus responsable. Notre rôle est de faire connaître cette multitude d'initiatives qui contribuent à une diminution réelle de nos impacts environnementaux. »

ENGAGEMENT DE SÉGOLÈNE BENHAMOU,
PRÉSIDENTE DE LA FHP-MCO



Les chiffres clés de la performance développement durable des établissements privés MCO

Consommation énergétique :

- > 110 kWh par journée d'hospitalisation¹ ;
- > 13 kg équivalent CO₂ énergie par journée d'hospitalisation¹.

Consommation d'eau :

- > 488 litres par journée d'hospitalisation¹ ; (borne haute 1664, borne basse 130).

Tri des déchets :

- > 13 filières de déchets¹ (borne haute 49, borne basse 2).

Gaspillage alimentaire :

- > 187 grammes de biodéchets par repas (0,50 centimes)² ;
- > 3 000 euros de pain par an sont jetés (établissement de 100 lits)² ;

1. Observatoire de la performance développement durable de l'hospitalisation privée, FHP, 2015 ;

2. Réquamip, C2DS, Campagne de pesée de 113 établissements en Midi-Pyrénées, 2015.

« C'est de l'altruisme »

« Donnez envie d'agir »

« Aujourd'hui, on sauve la planète »

« C'est l'aboutissement de ce que je fais au quotidien »

« Dans 10 ans, on goûtera nos pommes »

« Planter un arbre, c'est préparer l'avenir »



La Forêt de l'hospitalisation privée

La 21^e Conférence des parties de la Convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques, la COP 21, qui s'est tenue à Paris du 30 novembre au 11 décembre 2015 a été l'occasion pour la FHP-MCO de s'interroger sur comment garantir une santé durable sur une planète malade ? En effet, mener une mission de santé publique auprès des concitoyens, n'exempte pas de réduire l'impact de cette activité sur la planète. Bien au contraire, cela lui donne du sens.



Sur le sujet :
> 5 min pour comprendre
« Les cliniques roulent au développement durable »

> Reportage vidéo « Les cliniques roulent au développement durable »

> Reportage vidéo « Fil vert, le Forêt de l'hospitalisation privée »

Et la COP 21 n'est pas un objectif en soi, mais une étape supplémentaire pour les organisations innovantes et visionnaires. Les établissements de santé privés MCO sont pionniers en France de l'engagement dans une démarche de développement durable. Le secteur cumule les ISO 14001, les premiers ISO 26000, les enregistrements EMAS, les ouvrages HQE et les initiatives non labellisées mais remarquables.

La FHP-MCO a fait connaître cet engagement volontaire et voulait donner envie de le poursuivre plus massivement. Le syndicat incitait les cliniques et hôpitaux privés à s'illustrer par des actions solidaires, de surcroît sources d'économies à moyen et long terme et invitait ses adhérents à une action symbolique le 3 décembre près de Paris : le lancement de « La Forêt de l'hospitalisation privée ».

200 arbres étaient plantés en haies dans un grand jardin agricole bio-exploité par des personnes en réinsertion professionnelle.

Ce projet possède plusieurs vertus : compenser les émissions de gaz à effet de serre, préserver la biodiversité, participer à l'amélioration de la production agricole, soutenir des projets de réinsertion.

Démier les préjugés sur le secteur privé passe aussi par des prises de position solidaires et des engagements responsables.

« Pour nous, c'était indispensable de mener une action pendant la COP 21 pour montrer que nos établissements sont engagés dans des démarches de développement durable.

À l'image de cette forêt qui pour l'instant est assez chétive, nous nous inscrivons dans la durée pour aller de plus en plus haut et de plus en plus loin », expliquait Ségolène Benhamou, présidente de la FHP-MCO.

DES NOUVELLES CONTRACTUALISATIONS

Le ministère a mis en œuvre fin 2015 les nouvelles contractualisations actées dans les lois de financement de la Sécurité sociale pour 2015.

En effet, dans son article 58, la LFSS pour 2015 a prévu un arsenal juridique pour renforcer le pilotage régional de la pertinence des actes en établissement de santé. Par ailleurs un article 51 a introduit l'obligation pour les établissements les moins performants en termes de qualité et de sécurité de certaines pratiques de contractualiser avec l'ARS sur des engagements d'amélioration. Ces dispositions ont été déclinées dans deux décrets en date du 19 novembre 2015 qui viennent préciser les modalités d'actions pour l'amélioration de la pertinence des soins pour l'un, et les modalités de contractualisation pour l'amélioration des pratiques pour l'autre.

Le service juridique a mené un travail d'analyse et a informé les adhérents sur cette nouvelle contractualisation à travers plusieurs dépêches. Cette information a porté sur le contrat d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et sur le contrat pertinence des actes, des prestations, et des prescriptions en santé. Par ailleurs, une information a également été diffusée sur la contractualisation par un avenant CPOM sur le développement de la chirurgie ambulatoire.

EXPÉRIMENTATION DE CONTRÔLES T2A

L'expérimentation des nouvelles modalités de contrôles sur site s'est poursuivie en 2015. Le service juridique, appuyé par le médecin conseil de la FHP-MCO et un médecin DIM d'un groupe d'établissements, a travaillé sur les propositions de la CNAMTS sur les nouvelles modalités de contrôle et a accompagné les établissements expérimentateurs. L'expérimentation a concerné 10 établissements adhérents FHP-MCO, volontaires et inscrits au programme de contrôles T2A 2014. Une nouvelle expérimentation plus généralisée devrait être engagée en 2016.

Le service juridique participe aux réunions CNAMTS sur ce sujet et accompagne les établissements dans la compréhension de cette nouvelle procédure de contrôles T2A.

ÉVOLUTION DES COMPÉTENCES DES IBODE

Le décret du 27/01/2015 est venu sensiblement modifier les modalités d'intervention du personnel paramédical au bloc opératoire. En effet, les IBODE disposent désormais, par ce texte, de la possibilité, sur délégation du chirurgien, d'élargir le champ des actes qu'elles peuvent réaliser seules auprès du patient (installation chirurgicale du patient, mise en place et fixation de drains et fermeture cutanée et sous-cutanée). Elles peuvent également, en cours d'intervention, aider le chirurgien à réaliser des actes plus élaborés (aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration). Pour ce faire, elles doivent cependant suivre une formation complémentaire (proposée notamment par VAE). Ceci pose les questions de l'aménagement du fonctionnement du bloc opératoire durant leur absence, du délai nécessaire à leur formation et du coût supplémentaire induit pour les établissements. Le rôle de l'infirmier intervenant au bloc opératoire est également impacté par cette réforme avec la nécessité pour lui-aussi de disposer d'un diplôme d'IBODE pour y poursuivre son activité.

La LFSS pour 2015 a prévu un arsenal juridique pour renforcer le pilotage régional de la pertinence des actes en établissement de santé.



La FHP-MCO a suivi de près ces questions durant toute l'année 2015, en lien étroit avec les associations professionnelles d'IBODE pour faire valoir leurs spécificités auprès des pouvoirs publics et trouver les aménagements les plus adaptés au fonctionnement des établissements privés. Ce dossier sera suivi sur l'année 2016 afin de proposer des solutions opérationnelles.

TRANSPORTS SMUR


Les transports secondaires effectués par les SMUR sur demande d'un établissement privé ont généré des difficultés de facturation avec les établissements publics. En effet, une partie d'entre eux a systématiquement refusé de prendre en charge la facture du transport secondaire définitif demandé par les

établissements privés, au motif que les règles de facturation n'étaient pas claires. La FHP-MCO a obtenu du ministère qu'il prenne une instruction pour préciser ces règles de facturation, ce qu'il a fait à la fin du mois de décembre 2015. Malgré tout, les refus de certains établissements publics se poursuivent sur l'année 2016, allant jusqu'à faire une demande de saisie de créance dans les comptes des établissements privés adresseurs et les obligeant à saisir le tribunal administratif pour faire lever la saisie. La FHP-MCO, avec le précieux soutien de la FHP Sud-Est, fortement impactée, reste mobilisée pour accompagner et conseiller les établissements concernés ainsi que pour intervenir auprès du ministère afin qu'il prenne des dispositions nécessaires.

Table ronde sur les travaux menés et perspectives sur les démarches de pertinence. Convention FHP-MCO, juin 2015.







LES TEMPS FORTS SYNDICAUX

SÉMINAIRE STRATÉGIQUE

Une fois l'an, le conseil d'administration se réunit deux jours pour décider des grandes orientations politiques syndicales. Retour sur les décisions prises les 10 et 11 septembre à Bordeaux.

PLFSS 2016, ENTRE ESPOIR ET DÉSESPOIR

La croissance en berne de notre pays et une 28e année consécutive de déficit de la branche maladie déjà programmée, motivent un PLFSS serré. Si nous pouvons comprendre les arbitrages macroéconomiques qui conduisent à fixer l'évolution de l'ONDAM hospitalier 2016 à 1,75 %, nous avons bien du mal à comprendre la déclinaison des 3,4 milliards d'économies attendus.

Le point saillant pour les établissements de santé MCO réside dans le plan d'économies ciblé sur la chirurgie ambulatoire. Après 91 millions d'économies réalisés en 2015 (effet année pleine), l'objectif augmente en 2016 à 160 millions d'euros. Pourquoi s'acharner sur cette activité quand on cherche parallèlement à la développer ? Le ministère continue à émettre des injonctions contradictoires : développement de la chirurgie ambulatoire et baisse tarifaire. Comme l'an dernier, nous ferons tout pour tenter de rétablir un minimum de cohérence afin qu'en définitive, la contribution de la chirurgie ambulatoire aux économies soit réduite.

Autre incompréhension majeure : le report à 2020 de la réforme du calcul du ticket modérateur à l'hôpital. Alors que dans les cliniques il est calculé exclusivement sur le tarif du GHS, les hôpitaux publics facturent aux patients un ticket modérateur sur la base d'un tarif journalier de prestation

(TJP)... dont le montant est calculé arbitrairement par chaque directeur et validé par chaque ARS. C'est ainsi que le TJP varie de 360 à 2 230 €/jour d'un hôpital public à l'autre, sans aucune justification ni information préalable du patient. N'est-ce pas ni plus ni moins l'équivalent d'un dépassement de tarif, pourtant interdit dans le cadre du service public hospitalier, et évalué à plus d'1 milliard d'euros par an ? Le ministère a décidé sciemment de laisser perdurer jusqu'en 2020 le scandale du TJP pourtant dénoncé par les associations de consommateurs.

Des certitudes

- > Reprise du CICE à 0,24 % (le dernier huitième);
- > Récupération des éléments du pacte de responsabilité;
- > Maintien d'une évolution des MIGAC/FIR au moins au taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier;
- > 401 millions d'euros sont mis en réserve en 2015, dont 143 millions via le coefficient prudentiel (= 0,35 % des tarifs), et 160 millions sur les bases régionales DAF.

Des espoirs

Tout repose sur les arbitrages prix / volume et entre les différentes enveloppes d'allocations ;
À la demande de la profession, un observatoire économique de

l'hospitalisation publique et privée, piloté par un inspecteur de l'IGAS et alimenté par les services de la DGOS/ATIH et DSS/CNAMTS, a sorti un nouveau rapport en novembre. Nous avons demandé un historique d'au moins cinq ans sur l'ensemble des champs pour disposer de données consolidées et rapprocher les données objectifs/réalisations pour mieux apprécier les écarts.

LE PLAN D'ÉCONOMIES 2016 SE DÉPLOIE SUR QUATRE AXES

- > 690 millions sont attendus de l'amélioration de l'efficacité de la dépense hospitalière, économies qui portent principalement sur les achats (420 millions) et la radiation de produits en sus (205 millions);
- > 465 millions sont planifiés sur le virage ambulatoire. Notons que si le ministère espère 160 millions d'économies sur le développement de la chirurgie ambulatoire, il en attend 145 millions sur la réduction des inadéquations hospitalières. Notre attention est requise sur ces points;
- > 104 millions d'économies seront réalisés sur les prix des produits de santé et le développement des génériques;
- > 121 millions sont enfin attendus de l'amélioration de la pertinence et le bon usage des soins.

Vers une participation obligatoire à l'ENCC ?

La fiabilité et la pertinence du modèle de financement des établissements de santé dépendent en grande partie de la qualité des données issues des études nationales de coûts. Ces études sont remises en cause pour certaines activités ou certaines catégories juridiques d'établissements de santé, faute de candidats en nombre suffisant pour atteindre un niveau de représentativité satisfaisant. Afin d'y pallier, une nouvelle mesure prévoit d'assoir juridiquement les études de coûts en leur conférant une existence légale, et de définir une procédure de constitution des échantillons. Un décret en Conseil d'État déterminera les modalités d'application de l'article présenté, avec le risque sous-jacent

d'une participation obligatoire à l'ENCC pour certains établissements. Alors que les comptes des hôpitaux publics ne sont toujours pas certifiés, il est hors de question de légiférer sur l'obligation d'une comptabilité analytique qui ne se décrète pas.

SIEG UNE VIGILANCE EXTRÊME

Quel périmètre des produits et charges sera pris en compte pour définir le bénéfice raisonnable que l'Europe accordera aux établissements de santé sur les activités d'intérêt économique général ? À ce jour, les activités commerciales (chambre particulière, télévision, etc.) sont exclues et seules les recettes perçues de l'Assurance maladie sont incluses. Une maquette comptable précise doit être élaborée dans le cadre d'un groupe de travail avec la DGOS. Un projet de décret est attendu dans l'année à venir.

1,75%

Une évolution de l'ONDAM hospitalier à 1,75 % en 2016.

160

Un plan d'économies de 160 millions sur la chirurgie.

- 0,24

La reprise du CICE à - 0,24 % (le dernier huitième).

LES SIX PISTES DE TRAVAIL DE LA FHP-MCO

- 1) Privilégier le droit sanitaire à toute procédure contractuelle (reconnaissance contractuelle, CPOM).
- 2) Augmenter la durée des autorisations à 10 ans ou les transformer en durée indéterminée.
- 3) Élargir le champ des autorisations sur un socle commun médecine, chirurgie, et éviter les autorisations par sous-spécialité.
- 4) Alléger les conditions techniques de fonctionnement en supprimant les normes de moyens pour les remplacer par des critères qualitatifs.
- 5) Apprécier le risque d'un lien entre autorisation et procédure de certification.
- 6) Maintenir les visites de conformité, au moins en cas d'autorisation initiale.

GHT UNE STRATÉGIE CENTRÉE SUR LE PUBLIC

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) remplace les anciennes communautés hospitalières. Il permet aux établissements membres la mise en œuvre d'une stratégie et d'une gestion communes de certaines fonctions et activités. Chaque établissement de santé public doit adhérer à un GHT avant le 31 décembre 2015.

Les établissements de santé privés pourront au mieux être associés à ces GHT par voie conventionnelle. Mais ils ne bénéficient que d'un statut « d'établissement partenaire », et non pas de membre du GHT. Ils ne seront que la cinquième roue du carrosse d'un dispositif qui a vocation à structurer l'offre de soins sur chaque territoire.

ONDAM hospitalier 2016 :

+
1,75 %
3,4 milliards d'euros d'économies attendus

Un schéma régional déguisé

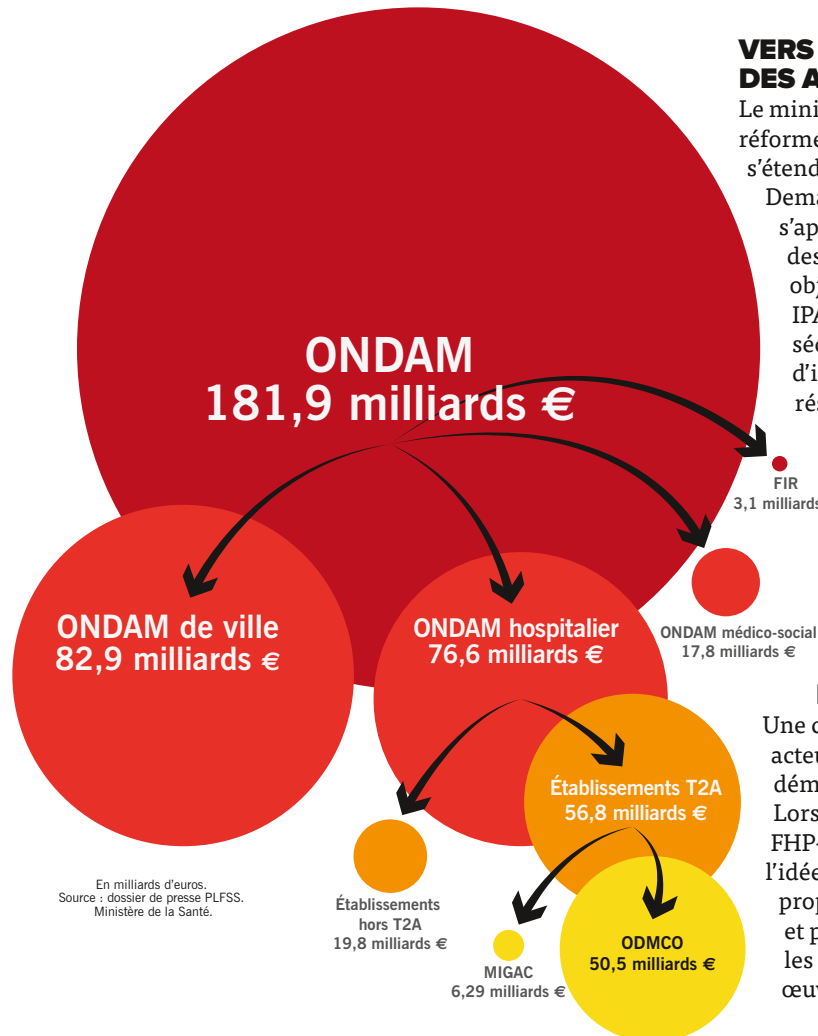
Au delà d'une gestion commune, le GHT permettrait des transferts d'activité entre les établissements de santé membres. Au sein d'un même GHT, cela sous-entendrait qu'un hôpital public pourrait exercer une activité pour laquelle il n'a pas d'autorisation. Dès lors, quelle sera la logique suivie pour décider des implantations d'activité et le sens donné au schéma régional ?

La FHP-MCO recommande une approche pragmatique à ses adhérents : privilégier autant que possible le rapprochement avec les autres cliniques du territoire afin de mettre en place un GHT privé ; à défaut, veiller à être associé au GHT mis en place par l'hospitalisation publique afin de ne pas être marginalisé dans la prise en charge de la population de son territoire.

VERS UNE RÉFORME DU DROIT DES AUTORISATIONS

Le ministère a lancé un chantier sur la réforme du droit des autorisations qui s'étendra sur les deux prochaines années.

Demain, le régime d'autorisation pourrait s'appuyer sur 3 niveaux d'exigence : des normes de compétence ; des objectifs de résultats : indicateurs IPAQSS, PMSI ; des « barrières » de sécurité : seuils d'activité, résultats d'inspections, prise en compte des résultats de certification, respect des recommandations de bonnes pratiques, indicateurs de résultats (mortalité, etc.), obligation du DPC, CBU, pertinence des soins, IFAQ.



En milliards d'euros.
Source : dossier de presse PLFSS.
Ministère de la Santé.

ARS/ÉTABLISSEMENTS. L'ÉVALUATION VAUT POUR TOUT LE MONDE !

Une certification d'un nouveau genre : les acteurs de soins eux-mêmes lancent une démarche qualité de leurs tutelles. Lors de nos débats à la convention FHP-MCO de juin dernier, fusait l'idée d'évaluer nos ARS. Une proposition immédiatement adoptée et plébiscitée par l'auditoire que les administrateurs ont mise en œuvre. S'il est légitime que la tutelle



évalue les établissements de santé, il l'est tout autant qu'elle soit elle-même évaluée. Notre démarche vise à améliorer le fonctionnement des instances qui nous gouvernent, en s'assurant qu'elles respectent les règles qui garantissent la transparence du système de santé et l'équité de traitement entre tous les acteurs. En clair, il s'agit d'une évaluation à 360 degrés ! Le premier volet consistera à identifier des critères objectivables, sur la base d'éléments factuels et mesurables, en référence aux textes réglementaires et aux recommandations. Il balisera les différents champs des autorisations sanitaires, de la démocratie sanitaire, des allocations de ressources FIR-MIGAC et de la vie contractuelle.

Le second volet, plus subjectif, visera à recueillir l'évaluation, par les établissements de santé privés, de la qualité des relations avec leur agence. Le premier indicateur sera lancé début 2016.

« À COEUR OUVERT », POUR ÊTRE RECONNUS, SOYONS CONNUS !

Les administrateurs donnaient leur accord pour lancer une opération de communication politique « À cœur ouvert » en novembre. Notre secteur revendique la reconnaissance de ce qu'il est (un opérateur indispensable au fonctionnement du système de santé) et de ce qu'il fait (des soins de qualité plébiscités par des millions de Français).

COP 21

Pas de santé durable sur une planète malade
Après une présentation des enjeux, le conseil d'administration actait une prise de parole originale de la FHP-MCO à l'occasion de la COP 21. Il s'agissait de planter de façon symbolique « La Forêt de l'hospitalisation privée ». Une action aux multiples vertus : compenser les émissions de gaz à effet de serre, préserver la biodiversité, participer à l'amélioration de la production agricole et de l'économie circulaire, enfin soutenir un projet de réinsertion professionnelle.

CONVENTION FHP-MCO 2015

C'était une profession debout et en marche qui se réunissait dans un contexte difficile, se battant pour construire son avenir et faire reconnaître sa place. Quatre principales thématiques ont été explorées, celle de la loi de modernisation du système de santé, des dispositifs de pertinence des soins, le combat juridique et l'opération « 1000 recours » et l'avenir de la filière cancérologique privée qui a fait l'objet d'un temps dédié, l'occasion pour le secteur privé de revendiquer toute sa place dans la recherche clinique.

Les résultats de l'enquête menée auprès d'établissements de santé privés et d'équipes médicales sur la recherche clinique montrent que 73 % des établissements interrogés possèdent une structure dédiée à la recherche clinique en cancérologie.

Que ce soit sous forme de GCS, de directions de la recherche dans les groupes de cliniques, ou sous forme d'association loi de 1901, les cliniques et hôpitaux privés ont entamé la structuration de la recherche clinique pour garantir l'accès des patients aux dernières thérapeutiques.

L'étude révèle également qu'au cours des cinq dernières années (2010-2014), les établissements de santé privés sondés ont inclus près de 4500 patients dans des essais académiques et industriels.

« Un patient atteint de cancer sur deux est pris en charge dans les établissements de santé privés ou dans les cabinets libéraux de radiothérapie. Pour assurer un égal accès des patients aux nouvelles thérapeutiques, la recherche clinique ne doit donc pas être réservée aux grands centres universitaires et centres de lutte contre le cancer, mais doit se développer davantage dans le secteur privé. »



73 % des établissements interrogés possèdent une structure dédiée à la recherche clinique en cancérologie.

CONGRÈS DES USAGERS

La FHP-MCO a organisé son 6e Congrès des représentants des usagers et associations de santé, le jeudi 24 septembre 2015. Ce congrès a réuni près de 200 participants et a été à nouveau l'occasion pour la FHP-MCO d'effectuer un travail de proximité et d'ouverture avec les usagers et leurs représentants.

Cette édition a mis en avant les thématiques de la satisfaction des patients avec un focus sur l'indicateur E-Satis, des évolutions du rôle des représentants des usagers avec un focus sur les évolutions apportées par la loi de santé en la matière.

Ce congrès est organisé sous la responsabilité du service juridique de la FHP-MCO dans la mesure où il s'inscrit dans le droit des usagers.

C'était une profession debout et en marche qui se réunissait dans un contexte difficile, se battant pour construire son avenir et faire reconnaître sa place.



En haut. Le rendez-vous annuel avec les usagers. 6e Congrès des représentants des usagers de la FHP-MCO, septembre 2015.

En bas. Un auditoire attentif, une profession en marche. Convention FHP-MCO, juin 2015.

JOURNÉE IFAQ : JEUDI 29 JANVIER 2015

Le développement du financement de la qualité fait partie des orientations portées par la FHP-MCO et, à ce titre, nous attachons un grand intérêt au programme IFAQ depuis le début des travaux.

Au moment où ce programme IFAQ était inscrit dans la LFSS (LFSS 2015) et où la première phase de l'expérimentation (IFAQ 1) se terminait, il nous a semblé important d'échanger avec nos adhérents sur ce sujet, que l'établissement ait ou non participé à IFAQ 1 ou se soit engagé dans IFAQ 2. Notre objectif était que cette journée apporte une aide à la compréhension du score IFAQ et à la mécanique du modèle.

Après une introduction de la journée par Ségolène Benhamou, présidente de la FHP-MCO, la matinée a été consacrée à la présentation des enjeux du programme IFAQ, à la description d'IFAQ 1 et enfin, aux enjeux à venir, c'est à dire IFAQ 2 (2e phase de l'expérimentation) et la généralisation. Mélanie Couralet, chef de projet au service IPAQSS de la HAS, Félix Faucon, chef de service de la DGOS, Etienne Minvielle, responsable scientifique du projet COMPAQ-HPST et le Dr Paul Garassus, expert FHP-MCO pour le programme IFAQ, ont présenté et débattu ensemble de ces sujets pendant la matinée. Dans l'après-midi, l'équipe de COMPAQ-HPST, Anne Girault, Benoit Lalloué et le Dr

Philippe Loirat, ont expliqué la démarche d'évaluation, quantitative et qualitative, du projet. Ensuite, le Dr Paul Garassus a ouvert le débat en exposant les grandes tendances internationales du financement à la qualité. Enfin, la journée a été conclue par Thierry Béchu, délégué général de la FHP-MCO. Plus de 100 professionnels étaient présents, essentiellement des directeurs d'établissement (30 %) et des responsables qualité (57 %) mais aussi des directeurs médicaux, des directeurs des soins infirmiers, des médecins DIM, etc. Par le biais du questionnaire de satisfaction, les participants ont exprimé aussi bien l'apport de cette journée pour leur compréhension et leur lisibilité du modèle, mais aussi les difficultés qu'ils ont rencontrées, notamment dans la communication autour de ce programme.

Nous tenons à renouveler nos remerciements à l'ensemble des participants pour leur présence et l'intérêt qu'ils ont témoigné pour ce rendez-vous et tous nos intervenants pour la grande qualité de leurs interventions.

Devant la réussite de cette 1^{re} édition, une 2^e journée a été organisée en janvier 2016, qui a rencontré le même succès. Une 3^e édition sera programmée en 2017. Elle sera notamment consacrée aux résultats de la première année de généralisation du modèle aux établissements MCO et HAD.

Plus de 100 professionnels étaient présents, essentiellement des directeurs d'établissement (30 %) et des responsables qualité (57 %) mais aussi des directeurs médicaux, des directeurs des soins infirmiers, des médecins DIM, etc.



Un avenir « ès » qualité...

Dr Paul Garassus, président du conseil scientifique du BAQIMEHP, vice-président de la Société française d'économie de santé et président de l'UEHP.

La qualité est au cœur du débat des réformes des systèmes de santé. Il s'agit certainement de la raison d'être des professionnels que nous représentons. Mais la mesure de la qualité reste délicate à effectuer et si tous la revendiquent, peu la démontrent. Il est donc souhaitable d'être acteur des changements qui conditionnent nos exercices. Dans ce contexte le développement du projet IFAQ a mobilisé nos énergies tant dans les étapes de définition de la méthode que dans la diffusion de son application. En effet si la nature « technique » de l'outil utilisé revêt la plus grande importance, il est aussi un vecteur essentiel de changement et d'implication des professionnels de santé. La réussite ne se résume pas à un score ou à une rémunération, mais nécessite de fait l'engagement de tous les acteurs de la filière de soins en faveur du résultat attendu. Et ainsi mesuré. Soyons donc cartésiens et commençons par le discours de la méthode. Bon nombre de pays se sont engagés dans cette démarche conditionnant le financement hospitalier à des critères « qualité ». Il s'agit clairement de l'étape faisant suite aux réformes de tarification de type TAA, déterminant la rémunération des établissements en fonction de leur activité. Mais



au-delà du quantitatif, il apparaît logique et souhaitable d'affiner la méthode en faveur d'une performance « qualité » de la prestation fournie. Si ce principe est simple, les expériences sont multiples : choix des sets d'indicateurs, prise en compte d'indicateurs de process ou de résultats, score global par établissement ou par filière spécialisée, financement complémentaire en cas de résultat positif ou pénalisation tarifaire dans la situation inverse, les scénarii sont multiples.

Les programmes IFAQ dans leurs phases expérimentales 1 et 2 avant leur récente généralisation, ont été élaborés par le groupe COMPAQH missionné par la DHOS. Toutes les fédérations d'hospitalisation ont été invitées à participer. Il est exact de dire que les débats ont été souvent animés, que toutes les solutions proposées n'ont pas obligatoirement recueilli l'assentiment de tous mais un principe a prévalu, celui de la concertation en faveur d'un compromis. Cet acquis collaboratif a été une chance que nous souhaitons préserver pour l'avenir. Pour autant, la méthode ne doit pas être considérée comme figée : elle laisse place à la fois à des améliorations méthodologiques mais aussi à

un élargissement des champs concernés.

Cette approche empirique va donc se poursuivre. La littérature internationale (on peut citer en priorité la revue Health Affairs) est riche des débats techniques mais aussi des mesures d'impacts observés. Si un financement complémentaire vient donner « un peu d'air » dans un environnement tarifaire des plus contraints – on rappelle à ce propos que le montant IFAQ peut correspondre en pourcentage à la marge bénéficiaire d'un établissement de soins – il n'est pas pour autant acquis que l'incitation (ou la récompense) financière qu'il représente garantisse l'amélioration de la qualité de la prestation. Les retours d'expérience venant du terrain – orientation de ces financements, développements de la culture qualité en interne, gestion des risques et engagement des professionnels – seront des informations pertinentes à recueillir. L'objectif dépasse bien la méthode d'une « métrologie » accrue en faveur de la qualité observée. Il nous importe en effet de participer à cette réforme de fond qui nous paraît par son exigence induite, être un réel vecteur de progrès au service de notre efficacité mais plus encore un bénéfice réel pour le patient. L'avenir du financement hospitalier sera donc bien « ès » qualité !

CLUB DES MÉDECINS DIM

Outre la mission de vous défendre politiquement et économiquement auprès de nos tutelles nationales, la FHP-MCO a également la mission de vous accompagner dans vos pratiques quotidiennes. Les réunions du « Club des médecins DIM » sont une des réponses à cette mission ; elles se sont tenues les jeudis 2 avril et 26 novembre 2015.

Le « Club des médecins DIM » du secteur privé est né du souhait de la FHP-MCO et de son groupe de travail « Evolution de la classification des GHM », piloté par le Dr Marie-Paule Chariot, de favoriser échanges et partage d'expériences entre médecins DIM.

Depuis la création du Club en 2012, cet objectif est pleinement atteint avec la programmation de deux réunions par an. Les réunions 2015, 8^e et 9^e rencontres, répondent toujours à une attente forte. Elles ont mobilisé plus de 60 participants, principalement des médecins DIM, mais aussi quelques TIM ou directeurs, représentant près de 300 établissements. De plus, l'analyse des questionnaires de satisfaction montre que ces journées continuent de répondre aux besoins et à la demande des DIM présents : en moyenne plus de 87 % des personnes qui ont répondu aux questionnaires de satisfaction se disent satisfaites ou très satisfaites des sujets traités au cours de ces deux éditions 2015. La lecture des résultats de ce questionnaire nous guide avec les membres du groupe de travail « Evolution de la classification des GHM » dans l'élaboration des ordres du jour en essayant de garder pour chaque journée une large part du temps aux échanges.

Thèmes débattus en 2015

Ainsi, les thèmes suivants ont été débattus lors de ces deux journées en 2015. Un temps a été consacré à la campagne en cours ou à venir : en avril, présentation de la campagne 2015, avec notamment la présentation par l'ATIH de la classification 2015 (Dr Eric Ekong) et la question des TIC (Clément Rallet et Océane Cornic), et en novembre, tour d'horizon des évolutions attendues ou encore en discussion pour la campagne MCO 2016 (équipe FHP-MCO). Un temps a été consacré aux contrôles

externes T2A. De nombreux échanges ont eu lieu concernant l'expérimentation par la CNAMTS de la nouvelle procédure du contradictoire dans le cadre des contrôles T2A, avec les représentants de la CNAMTS, le Dr Valérie-Jeanne Bardou (CNAMTS) en novembre, ou suite au retour d'expérience d'établissements expérimentateurs en avril (Dr André Rodach, GIE Vivalto Santé Management, Dr Denis Reviron, Clinique Marzet et Dr Jérôme Fernandes, Groupe Oc Santé à Montpellier).

Une illustration a été faite de l'utilisation des données PMSI avec la présentation de l'étude « Trajectoire de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein » réalisée par l'INCa à partir des données du PMSI et du SNIIR-AM (Philippe-Jean Bousquet et le Dr Christine Le Bihan).

Le métier de DIM a été exploré avec la présentation de l'analyse du questionnaire à destination des DIM du secteur privé. Une table ronde était consacrée à l'organisation de l'information médicale et externalisation avec la participation de la SoFIME, la Société francophone de l'information médicale, (Dr Stéphane Quesnot & Dr Pierre Metral) et de la DGOS (Gilles Hebbrecht). Une table ronde était également consacrée à l'accès aux données de santé avec la présentation des conditions nouvelles dans le cadre de la loi de santé par la DREES (André Loth), et la présentation du dispositif transitoire mis en place par l'ATIH pour diffuser les données du PMSI (Dr Max Bensadon)

Enfin, nous tenons à renouveler nos remerciements à l'ensemble des participants pour leur présence et l'intérêt qu'ils témoignent pour ce rendez-vous et tous nos intervenants pour la grande qualité de leurs interventions.

Les différents documents et présentations diffusés lors de ces journées sont disponibles sur le site de la FHP-MCO.

60
participants,
principalement
des médecins DIM,
mais aussi
quelques TIM
ou directeurs,
représentant
près de 300
établissements.

Club des médecins DIM / Groupe expert Evolution de la classification des GHM

Partager et mutualiser l'information, anticiper

Dr Marie-Paule Chariot, pilote du groupe expert.

Le travail du médecin DIM est de coder au mieux, son rôle est donc majeur dans l'établissement. Un médecin DIM se doit d'être exact à trois niveaux : d'abord sur le plan de la vérité médicale, ensuite, en conformité avec le guide méthodologique et la législation, et enfin vis-à-vis de son établissement. Pris en tenaille entre ces trois logiques, le médecin DIM est dans une situation difficile et très solitaire. C'est une activité charnière, à la convergence de différents systèmes. La charge de travail est importante et les médecins DIM se sentent souvent mal compris. On se retrouve très seul face aux contrôleurs de l'Assurance maladie quand ils passent dans l'établissement, veulent vérifier et modifier la facturation, voire faire appliquer des sanctions et des pénalités à l'établissement. Les réunions du Club des médecins DIM nous permettent le partage des expériences et celles aussi des contrôles



de l'Assurance maladie. En partageant ces informations avec les confrères, nous aidons les directions d'établissements à mieux anticiper et gérer les contrôles et les sanctions. L'atmosphère de ces réunions est toujours très conviviale. C'est un temps privilégié où nous pouvons dire tout haut et en confiance à quel point les difficultés que nous rencontrons sont partagées. Dans un contexte concurrentiel, libérer la parole n'est pas toujours simple.

Nous sommes très satisfaits des réunions du Club des médecins DIM, elles remportent toujours autant d'adhésion parmi nous, et nous remercions les directeurs d'établissements de les rendre possibles. Indépendamment des réunions du Club, un groupe de travail, requalifié récemment, groupe expert Evolution de la

classification des GHM, composé de médecins DIM, dynamiques et précieux partenaires du syndicat, se réunit pour cibler les nouveautés en codage et collecter les informations provenant du terrain. Ce groupe aide également à l'élaboration des programmes des réunions du Club des médecins DIM. Avec Laure Dubois et le Dr Michèle Brami, nous œuvrons ensemble pour accompagner les médecins DIM des établissements adhérents en termes de conseils. Nous nous tenons à leur disposition pour répondre aux questions de codages, en accord avec la validation de l'ATIH. Enfin, le questionnaire sur les médecins DIM réalisé par la FHP-MCO, nous a permis de noter que la profession est très féminisée, qu'elle concerne des médecins confirmés, en milieu de carrière, un profil proche de celui des chirurgiens. Ces médecins administratifs ont une implication différente de celle des médecins qui soignent, avec beaucoup de temps partiels, cependant, ils sont très fidèles à leur poste et à leur position.



RETOURS SUR...



LES ÉDITOS

2500 SIGNES POUR INTERPELLER ET MOBILISER LES ACTEURS

08 JANVIER 2015

Je suis Charlie

15 JANVIER 2015

Agir !

22 JANVIER 2015

Une vraie concertation

30 JANVIER 2015

Plus de 120 personnes réunies pour parler IFAQ

05 FÉVRIER 2015

Campagne tarifaire : les prémices

12 FÉVRIER 2015

Mieux respecter la volonté des patients en fin de vie

19 FÉVRIER 2015

Plus on donne, moins on reçoit

26 FÉVRIER 2015

Pris en grippe

05 MARS 2015

L'absence de décision est la pire des décisions

12 MARS 2015

Tous dans la rue face au retour à l'Ancien Régime !

20 MARS 2015

Une profession debout et en marche !

26 MARS 2015

« Service privé hospitalier »

02 AVRIL 2015

Un imprévu de dernière minute...

09 AVRIL 2015

Opération « 1000 recours »

16 AVRIL 2015

Obsession malsaine

23 AVRIL 2015

Face à l'intox, apportons l'info !

04 MAI 2015

Le nouveau « 13h » !

11 MAI 2015

Une démonstration éclatante

18 MAI 2015

Les Français face au plan d'économies

26 MAI 2015

La fable hospitalière

01 JUIN 2015

Nous sommes des entrepreneurs mobilisés

08 JUIN 2015

Nos patients nous aiment plus que les Français

15 JUIN 2015

Dialogue de gestion ?

22 JUIN 2015

Réinventer une communauté d'intérêt avec nos médecins

29 JUIN 2015

Notre profession sait ce qu'elle veut !

06 JUILLET 2015

Déclarons les faits de violence

13 JUILLET 2015

L'été sera chaud !

20 JUILLET 2015

Liberté, égalité, fraternité

27 JUILLET 2015

La fin des services d'urgence privés ?

07 SEPTEMBRE 2015

Po-si-ti-vez

14 SEPTEMBRE 2015

L'évaluation vaut pour tout le monde !

21 SEPTEMBRE 2015

Le rapport 2015 de la Cour des comptes

28 SEPTEMBRE 2015

Mesurer la satisfaction des patients

05 OCTOBRE 2015

PLFSS 2016 : espoir et désespoir

12 OCTOBRE 2015

La voix des médecins

19 OCTOBRE 2015

Être connu pour être reconnu

26 OCTOBRE 2015

2017 se prépare : nous devenons intéressants

02 NOVEMBRE 2015

La Forêt de l'hospitalisation privée

09 NOVEMBRE 2015

Qui veut gagner 32 millions ?

17 NOVEMBRE 2015

En berne

23 NOVEMBRE 2015

À cœur ouvert

30 NOVEMBRE 2015

C'est voté !

07 DÉCEMBRE 2015

Un dégel partiel du coefficient prudentiel

14 DÉCEMBRE 2015

Nos services d'urgence sont indispensables et ils le prouvent

21 DÉCEMBRE 2015

Un an aux affaires

28 DÉCEMBRE 2015

Meilleurs vœux

LES DÉPÊCHES MCO

UNE VEILLE JURIDIQUE, ÉCONOMIQUE ET DOCUMENTAIRE PRÉCIEUSE

08/01/15

ACTUALITÉ DE LA FÉDÉRATION. Charte ATIH

08/01/15

ÉVÉNEMENT. 5e Club des soins palliatifs : quelle évolution pour la prise en charge de patients en fin de vie ?

09/01/15

ACTUALITÉ DE LA FÉDÉRATION. Appel à candidatures d'experts en vue de la constitution d'un groupe de travail pour le développement d'un set d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en chirurgie ambulatoire

12/01/15

ÉVÉNEMENT. Journée d'information et d'échange sur le programme IFAQ

19/01/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Décret dégressivité tarifaire et orientations des dispositions d'application dans l'arrêté à venir

20/01/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé

20/01/15

PRESSE. Dépassements d'honoraires : le privé moins cher que le public !

21/01/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Maisons de naissance

21/01/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Arrêté relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

23/01/15

PRESSE. La suppression des bornes basses contribue à développer la chirurgie ambulatoire et à diminuer la durée moyenne de séjour

27/01/15

ACTUALITÉ DE LA PROFESSION. Enquête AFC-UNHPC / FHP-MCO : état des lieux de la recherche clinique en secteur privé

29/01/15

PRESSE. Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)

30/01/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Programme d'éducation thérapeutique : cahier des charges et dossiers de demande d'autorisation et de renouvellement

05/02/15

SONDAGES ET INDICATEURS. I-SATIS Évolution de l'indicateur : abandon de l'institut de sondage

16/02/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. TVA chirurgie esthétique pour les établissements de santé

17/02/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Définition des critères de compétence des praticiens exerçant au sein des structures autorisées pour pratiquer des activités d'AMP

17/02/15

ÉVÉNEMENT. Campagne Mars Bleu

19/02/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Minoration de GHS et spécialités pharmaceutiques de la liste en sus

24/02/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Arrêté Prestations 2015

24/02/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Reconnaissance de compétences dédiées aux IBODE

25/02/15

ÉVÉNEMENT. Une équipe FHP-MCO à votre service

27/02/15

PRESSE. Plan d'urgence ORSAN : les établissements de santé privés pleinement intégrés dans le dispositif sanitaire

27/02/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. « Financement des activités de soins des établissements isolés »

02/03/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Arrêté prestations 2015 - Rectificatif

02/03/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Évolutions des dépenses d'Assurance maladie 2015

02/03/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Tarifs au 1^{er} mars 2015

04/03/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Tarifs au 1^{er} mars 2015 - Complément d'information

05/03/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Tarifs au 1^{er} mars 2015 - Complément d'information n°2

06/03/15

SONDAGES ET INDICATEURS. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins : mise à la disposition du public des résultats

06/03/15

ÉVÉNEMENT. 8^e Club des médecins DIM

07/03/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Tarifs au 1^{er} mars 2015 - Complément d'information n°3

11/03/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Arrêté tarifaire 2015

11/03/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Arrêté tarifaire 2015 - Campagne tarifaire 2015 fichier des GHS/GHT

12/03/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Arrêté « activités isolées »

12/03/15

PRESSE. Campagne tarifaire 2015

12/03/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Expérimentation des Maisons de naissance - Conditions et dossier de demande

12/03/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Arrêté dégressivité tarifaire

24/03/15

ÉVÉNEMENT. 8^e Club des médecins DIM - programme

25/03/15

ACTUALITÉ DE LA PROFESSION. ARS et compte qualité HAS

30/03/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Régulation des prescriptions de sortie - Contractualisation sur les volumes de prescription des médicaments génériques

03/04/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Recommandations de bonnes pratiques organisationnelles et de préparation liées à l'activité de nutrition parentérale

07/04/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Notice technique ATIH Nouveautés « financement »

09/04/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS.

Expérimentations relatives à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

09/04/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Facturation des transports secondaires par SMUR

14/04/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Contrôles T2A - Priorités nationales de contrôle pour la campagne 2015

15/04/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION.

Établissements retenus dans le programme IFAQ 2 - juin 2014-décembre 2015

15/04/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Valorisation de l'activité selon les grilles tarifaires 2014/2015

15/04/15

PRESSE. Coup de projecteur sur Ségolène Benhamou, présidente de la FHP-MCO

15/04/15

ÉVÉNEMENT. Save the date : Convention FHP-MCO 2015 - 23 et 24 Juin 2015

20/04/15

ACTUALITÉ DE LA PROFESSION. Appel à candidatures Projet Pacte - Phase pilote HAS

22/04/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Instruction coefficient prudentiel 2015

28/04/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Première circulaire budgétaire relative à la campagne tarifaire 2015

29/04/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. TVA Chirurgie esthétique pour les établissements de santé - Précisions de l'administration fiscale

30/04/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Financement MIGAC

07/05/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. FMESPP

11/05/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. FIR

26/05/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Précision des critères de compétence des praticiens exerçant au sein des structures autorisées pour pratiquer des activités d'AMP

27/05/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins : mise à la disposition du public des résultats

28/05/15

SONDAGES ET INDICATEURS. I-SATIS Évolution de l'indicateur : abandon de l'institut de sondage et recueil des adresses e-mail des patients

29/05/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Conciliation médicamenteuse

04/06/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Évolution des dotations d'Assurance maladie 2015

05/06/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Programme IFAQ 2 - juin 2014-décembre 2015

10/06/15

ÉVÉNEMENT. Programme de la Convention FHP-MCO

15/06/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Le diplôme d'IBODE via la procédure de la VAE

19/06/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Guide méthodologique PMSI MCO - DALIA MCO 2015

22/06/15

ACTUALITÉ DE LA PROFESSION. La SFAR publie son enquête OPERA

30/06/15

PRESSE. Clôture de la Convention FHP-MCO. « Une profession debout et en marche ! »

07/07/15

ÉVÉNEMENT. 6^e Congrès des représentants des usagers et associations de santé

08/07/15

ÉVÉNEMENT. Retour sur la Convention FHP-MCO 2015

15/07/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Dotation FIR cancérologie

15/07/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Cancer et chirurgie ambulatoire

15/07/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Médicament sous ATU

16/07/15

SONDAGES ET INDICATEURS. E-SATIS c'est maintenant !

20/07/15**LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS.** Régulation des prescriptions de sortie - Modèle de contrat type et d'avenant type**21/07/15****LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS.** Expérimentation relative à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique**24/07/15****PRESSE.** Rapport Grall sur « la territorialisation des activités d'urgence » : « l'hospitalisation privée et les urgentistes libéraux écartés »**28/07/15****SONDAGES ET INDICATEURS.** Indicateurs de pratique clinique : « obésité : prise en charge chirurgicale de l'adulte »
Recueil 2015 - Données 2014**30/07/15****LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS.** Actualisation et harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité**30/07/15****ÉVÉNEMENT.** Campagne Octobre Rose**04/08/15****FINANCEMENT ET TARIFICATION.** Modification à venir de l'arrêté prestations MCO : recommandation temporaire d'utilisation de l'AVASTIN**04/08/15****SONDAGES ET INDICATEURS.** Enquête sur la « consommation de médicaments à l'hôpital »**11/08/15****FINANCEMENT ET TARIFICATION.** Financement MIGAC**11/08/15****LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS.** Simplification des normes en dialyse ! Modification des conditions d'utilisation des générateurs d'hémodialyse**24/08/15****FINANCEMENT ET TARIFICATION.** Référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN)**24/08/15****LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS.** Régulation des produits de santé et CBU**25/08/15****FINANCEMENT ET TARIFICATION.** Transmission des données PMSI et financement des établissements de santé**26/08/15****FINANCEMENT ET TARIFICATION.** Dégressivité tarifaire : dispositif maintenant complètement finalisé**27/08/15****FINANCEMENT ET TARIFICATION.** Modification & publication de l'arrêté prestations MCO - publication de l'arrêté recommandation temporaire d'utilisation de l'AVASTIN**27/08/15****ÉVÉNEMENT.** 6^e Congrès des représentants des usagers et associations de santé**28/08/15****FINANCEMENT ET TARIFICATION.** Complément d'information : mise en attente des dossiers de facturation DMLA modification & publication de l'arrêté prestations MCO - Publication de l'arrêté recommandation temporaire d'utilisation de l'AVASTIN**01/09/15****FINANCEMENT ET TARIFICATION.** RTU de l'AVASTIN® - Publication de la notice technique ATIH**03/09/15****FINANCEMENT ET TARIFICATION.** RTU de l'AVASTIN® - Note d'information DGS DGOS DSS**07/09/15****ACTUALITÉ DE LA FÉDÉRATION.** Charte de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques**23/09/15****PRESSE.** Rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale**29/09/15****ÉVÉNEMENT.** 9^e Club des médecins DIM - Jeudi 26 novembre 2015**06/10/15****FINANCEMENT ET TARIFICATION.** Recherche clinique : contrat unique et crédits MERRI**07/10/15****SONDAGES ET INDICATEURS.** E-SATIS : dépôt des fichiers sur la plateforme ATIH**08/10/15****ACTUALITÉ DE LA PROFESSION.** Optimisation des organisations

08/10/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Mise à jour de l'information délivrée au patient en chirurgie esthétique

09/10/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Chirurgie ambulatoire

14/10/15

ACTUALITÉ DE LA FÉDÉRATION. Procès-verbal de notre 8^e assemblée générale FHP-MCO

14/10/15

SONDAGES ET INDICATEURS. Étude CTC Conseil / FHP-MCO : observatoire économique et financier 2015

23/10/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Dégressivité tarifaire

29/10/15

ÉVÉNEMENT. Campagne « À cœur ouvert »

03/11/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Objectifs et orientations de la chirurgie ambulatoire en 2020

04/11/15

ÉVÉNEMENT. Journée d'Information FHP-MCO sur le programme IFAQ

05/11/15

ÉVÉNEMENT. 9^e Club des médecins DIM – Mise à jour du programme

05/11/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION.
Financement MIGAC et FMESPP

24/11/15

ÉVÉNEMENT. Les cliniques agissent pour la planète - Rendez-vous le 3 décembre 2015

29/11/15

ÉVÉNEMENT. Campagne « À cœur ouvert »

08/12/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Dégel partiel du coefficient prudentiel

08/12/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé

09/12/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Contrat d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

15/12/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION.
Financement MIGAC

18/12/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. 3^e circulaire budgétaire relative à la campagne tarifaire 2015 – IFAQ 2!

18/12/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. FMESPP

18/12/15

LÉGISLATION ET RÈGLEMENTS. Contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins pour le transport de patients 2015

18/12/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Tarifs et prix limites de vente des implants orthopédiques

18/12/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Fonds d'intervention régional

22/12/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION. Tarifs et prix limites de vente des implants orthopédiques

22/12/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION.
Programmes 2016 de recherche sur les soins et l'offre de soins - Valoriser vos actions de recherche en postulant aux appels à projets de la DGOS

28/12/15

FINANCEMENT ET TARIFICATION.
Financement IFAQ 2

**ETRE INFORMÉS
AU FIL DE L'ACTUALITÉ
ET EN LIEN AVEC LES
PARTIES PRENANTES.**



« 3 QUESTIONS À »

LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

Les « 3 questions à », c'est l'occasion d'interpeller chaque semaine un professionnel de la santé sur l'actualité, le quotidien de son travail ou un dossier qui lui tient à cœur. Que ce soit un retour à chaud ou un éclairage original d'une thématique essentielle par une personnalité publique nationale, « 3 questions à » prend le pouls du secteur de la santé et fait connaître les engagements de ses acteurs. Extraits...

8 JANVIER 2015

Dr Arnaud Robinet

DÉPUTÉ-MAIRE DE REIMS ET SECRÉTAIRE NATIONAL DE L'UMP CHARGÉ DE LA SANTÉ

LA TACTIQUE DE LA MINISTRE EST DE DIVISER POUR MIEUX RÉGNER

Les cliniques et hôpitaux privés retirent leur avis de grève, les médecins la prolongent... Comment interpréter le climat actuel autour de la loi de santé ?

Aujourd'hui, il est clair que la volonté de la ministre est de mettre en opposition le secteur public et le secteur privé hospitalier. À mon avis, sa tactique est de diviser pour mieux régner. Nous avons besoin d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs de la médecine libérale. Il ne faut pas se laisser amadouer, ou se monter les uns contre les autres, les enjeux sont trop importants. Son attitude se perçoit comme une

véritable volonté de destruction de la médecine libérale et du secteur hospitalier privé. Cette étatisation forcée mène au chaos, au détriment des patients.

À mi-course, avez-vous l'impression que la mobilisation a porté ses fruits ?

La grogne des médecins n'a toujours pas été entendue. Le ministère ne semble pas plus à l'écoute. Si aujourd'hui, avec 2 Français sur 3 qui soutiennent la grève des médecins, Marisol Touraine n'est pas amenée à prendre conscience des défauts de la loi de santé, nous allons vers un durcissement du mouvement. Qui se fera, malheureusement, encore une fois au détriment des patients. Pourquoi s'attaquer aux médecins – une profession très aimée – pourtant qualifiés à tort de « nantis » par certains membres du gouvernement ? Le dogmatisme pur et dur est mauvais conseiller.



Comment vous positionnez-vous dans ce contexte ?

Nous avons demandé le retrait pur et simple de la loi de santé, car on ne peut concevoir une loi sans consulter au préalable l'ensemble des acteurs de la santé, qu'ils viennent du secteur public ou du secteur privé. Marisol Touraine doit absolument reprendre les discussions avec toutes les parties prenantes de son ministère.

Nous avons à l'UMP, une volonté forte d'être aux côtés du secteur libéral de la médecine, nous avons la volonté de travailler avec l'ensemble des acteurs libéraux dans le domaine de la santé, sans laisser personne de côté. Pour nous, cela sera l'une des pierres angulaires de la campagne de 2017. Nous souhaiterions alors remettre au goût du jour la convergence tarifaire, dossier qui a été un peu facilement écarté, ou encore travailler sérieusement sur la rémunération des médecins. La question n'est pas seulement de savoir si un généraliste doit être payé 23, 24 ou 31 euros la consultation. Il est nécessaire de procéder à une réelle réévaluation des tarifs des médecins en France.

5 FÉVRIER 2015

Jean Leonetti

DÉPUTÉ UMP DES ALPES-MARITIMES, RAPPEUR DE LA LOI DE 2005 RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET À LA FIN DE VIE. DES PROPOS RECUEILLIS EN PERSPECTIVE DE LA JOURNÉE DES SOINS PALLIATIFS, ORGANISÉE PAR LA FHP-MCO LE 10 FÉVRIER, AU COURS DE LAQUELLE IL INTERVIENDRA.

IL FAUT QU'UNE CULTURE PALLIATIVE IMPRÈNE TOUTE LA VIE MÉDICALE

Où en est-on aujourd'hui en France sur la question de la fin de vie ?

Grâce aux progrès de la science nous avons gagné, sur la deuxième moitié du 20^e siècle, plus de dix ans d'espérance de vie. Mais malgré les lois de 1999, 2002 et 2005, la souffrance en fin de vie persiste, et il ressort de toutes les études récentes que les patients considèrent que leur parole à ce moment-là n'est pas entendue. C'est la raison pour laquelle nous devons améliorer la loi de 2005.



Dans quel sens vont les réécritures de la loi de 2005 ?

Notre travail à la suite du rapport du professeur Sicard et du Comité consultatif national d'éthique nous amène à deux propositions : la première est d'avoir le droit de dormir avant de mourir pour ne pas souffrir. La deuxième concerne les directives anticipées. Jusqu'ici, les Français devaient remplir un document avec leurs souhaits de prise en charge de fin de vie, pour le cas où ils ne seraient plus en état d'exprimer leurs volontés. Ces documents, s'ils ont le mérite d'exister, sont peu utilisés et sont seulement consultatifs. Aujourd'hui, nous souhaitons les rendre plus contraignants afin de mieux respecter la volonté du malade. Le médecin peut cependant émettre un avis contraire, conformément à son expertise médicale, mais cet avis doit être confirmé par un confrère. Enfin, les directives anticipées ne peuvent pas s'appliquer en cas d'urgence vitale. Il n'y a donc pas de révolution de la loi de 2005, simplement une évolution pour la rendre plus efficace : on passe d'une loi de devoir des médecins à une loi du droit des patients. Dans les textes tels qu'ils sont conçus jusqu'ici, le médecin avait le

devoir de soulager le patient. Aujourd'hui, c'est le patient qui a le droit d'être soulagé. La discussion tourne toujours autour de modifications législatives, mais la vie humaine et la pratique médicale ne se résument pas à des textes de loi. Il faut qu'une culture palliative imprègne toute la vie médicale et pas seulement dans les aspects qui touchent à la fin de vie.

Qu'est-ce qui a changé dans les pratiques, et que pourrait-on encore améliorer ?

En dix ans, j'ai pu observer une véritable révolution des pratiques médicales en fin de vie. Il y a quelques années encore les médecins étaient extrêmement réticents à utiliser des antalgiques et des sédatifs en fin de vie. La loi est claire aujourd'hui : en fin de vie la qualité de vie prime sur la durée de la vie. Il en est de même sur l'arrêt des traitements en réanimation qui peut s'effectuer de manière collégiale lorsqu'ils apparaissent comme une obstination déraisonnable. Il n'y a pas de risque juridique ou moral à agir de la sorte. En revanche, je continue à rencontrer des personnes qui déclarent qu'en toute fin de vie, leurs parents présentaient une souffrance importante qui n'a pas été prise en charge médicalement. Cette situation n'est pas acceptable compte tenu de la loi et des moyens médicaux à notre disposition qui peuvent aller jusqu'à la sédation en phase terminale pour empêcher cette souffrance.

5 MARS 2015

Dr Paul Garassus

NOUVEAU PRÉSIDENT DE L'UNION EUROPÉENNE DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (UEHP)

MUTUALISER NOS MEILLEURES PRATIQUES, ÊTRE CRÉATIFS ET PROSPECTIFS

Vous êtes le nouveau président de l'UEHP, en quoi concrètement l'UEHP peut-elle être utile aux établissements de santé privés français ?

De multiples façons, mais par exemple nous souhaitons faire de l'UEHP un *guichet préférentiel*. C'est-à-dire que nous voulons être en capacité de répondre

aux établissements de santé sur les financements européens à leur disposition, et ils sont nombreux concernant la formation professionnelle ou bien d'autres sujets. Nous disposons de ces informations, et notre mission est de les partager et d'être un facilitateur d'accès. Plus largement, l'UEHP produit un travail

coopératif que chaque fédération peut ensuite décliner nationalement. J'en veux pour preuve le dossier juridique concernant les aides d'État. L'Allemagne, la Belgique, mais aussi la Grèce, ont contesté les mêmes irrégularités que nous en France. Il y a un très fort sentiment communautaire et une même volonté de transparence, d'équité de traitement et de refus d'un regard asymétrique public/privé.

Quelle est votre feuille de route ?

Je souhaite une nouvelle impulsion pour l'avenir. Outre le dossier des aides d'État, nous avons des axes prioritaires de travail : celui de la liberté de choix des patients qui est un argument promu par la Commission européenne elle-même, celui des investissements productifs, c'est-à-dire comment dépenser à bon escient au sein d'une régulation optimisée, comment amener une lecture médico-économique ? Ou encore celui de l'innovation des acteurs au sein d'une coopération utile. Il va sans dire que l'UEHP est au service des

fédérations nationales et à l'écoute de leurs besoins dans un secteur en forte mutation. Il s'agira de mutualiser nos meilleures pratiques et d'être créatifs et prospectifs. Nous sommes là pour accompagner le changement, voire l'anticiper.

Comment un neurologue devient-il président de l'UEHP ?

J'ai toujours voulu comprendre ! Tout d'abord la boîte noire qu'est le système nerveux, puis le fonctionnement du système de santé. Comment en tant que médecin, pouvais-je interagir avec le système ? C'est ainsi que de la recherche en neurologie, je suis passé à une mission de préparation à la T2A. Mon élection à la présidence de l'UEHP est ensuite le fruit d'une conjonction : d'une part, une forte volonté politique de la FHP et de son président Lamine Gharbi, que je tiens à remercier, qui souhaitait que la France prenne le *lead* en Europe, et d'autre part, la reconnaissance de dix ans d'expertise et donc de l'adéquation de mon profil au poste. Il s'agit d'une présidence tournante de deux ans. Sur les 28 pays européens, 17 sont représentés au sein de l'UEHP, car seuls sont membres les états disposant d'un secteur privé sociabilisé. Ainsi des pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou le Danemark sont absents. Il faut retenir que l'hospitalisation privée française est leader en Europe, suivie par l'Allemagne avec laquelle nous représentons les deux principaux contributeurs de l'UEHP, sans oublier l'Italie et l'Espagne qui disposent également d'une très belle offre d'établissements de santé privés.



26 MARS 2015

Dr Max Ponceillé

PDG DU GROUPE OC SANTÉ À MONTPELLIER, RÉAGIT À LA CAMPAGNE TARIFAIRE

LA CONFRONTATION AVEC MARISOL TOURAINNE N'A PAS FONCTIONNÉ

Une baisse des tarifs de 2,5 % : est-ce la récompense de la ministre pour avoir levé le préavis de grève en janvier ?

Ne tombons pas dans la provocation en réponse... Il est vrai qu'après la levée du préavis de grève de la FHP, nous aurions pu attendre autre chose. Ce que je remarque, c'est que c'est la première fois que les tarifs baissent également pour le secteur public. Il est évident qu'il faut baisser un certain nombre de charges, mais je suis satisfait que le secteur public participe à l'effort.

Là où je suis moins satisfait, c'est le poids supporté par le secteur privé, de 1,5 % supplémentaire : cette compensation pour le CICE me paraît extrêmement lourde ! Les cliniques privées sont des entreprises privées comme les autres, si des réductions des charges nous ont été accordées, c'est que nous y avons

droit. Ce qui se passe est donc injuste !

Le ministère ne prend pas en compte les difficultés de notre secteur. Pourtant, je ne suis pas surpris, car cela correspond en tous points à la vision du secteur privé de Marisol Touraine.

Concrètement, pour votre groupe, que signifie cette baisse des tarifs ?

Notre groupe a des établissements de santé avec diverses spécialités, certains risquent incontestablement de passer dans le rouge. Ces tarifs contraignent à une fuite en avant sur les volumes. D'une part, pour les personnels, toutes les propositions que nous allons pouvoir faire cette année seront décevantes. La politique salariale va souffrir de cette baisse et nous allons donc vers des troubles du climat social dans le groupe. D'autre part, la politique d'investissement menée va en pâtir, notamment pour les établissements MCO. Je vais devoir réfléchir aux investissements, certains devront être repoussés. Dans le groupe, certains travaux

sont déjà prévus - je pense à un établissement de plus de 200 lits, dont le bâtiment de 30 000 m² devrait être livré dans l'année - et le budget est sans rapport avec les baisses annoncées. J'espère seulement que la baisse des tarifs ne va pas se répercuter au niveau national sur la qualité des soins.

Comment la profession doit-elle préparer la campagne tarifaire 2016 ?

La façon dont le secteur de la santé privé est traité depuis des années, dans un contexte certes difficile, me pousse à penser que nous devons revoir notre communication avec les pouvoirs publics. Surtout avec la Fédération hospitalière de France (FHF), nous devons trouver un moyen d'apaiser le débat. On a essayé à plusieurs reprises de montrer notre force, mais cela ne nous a pas été très favorable. Nous devons chercher à redevenir un acteur actif, plus intégré dans l'offre de soins, car nous sommes aujourd'hui marginalisés. Il faut penser au long terme et se repositionner : faire des propositions, créer des initiatives, être plus responsables politiquement afin de redevenir un interlocuteur incontournable. Ce n'est pas seulement l'accueil des internes, peut-être faudrait-il aussi s'engager davantage dans les projets de recherche. Nous avons encore des progrès à faire pour améliorer notre image, être moins revendicatifs. Mais j'ai été président de la FHP, je sais que c'est compliqué. Je pense que nous devons nous attaquer davantage au débat de fond, plutôt qu'à des batailles ponctuelles. La confrontation avec Marisol Touraine n'a pas fonctionné, la séduction non plus d'ailleurs ! Ce n'est pas étonnant vu sa position, mais nous avons été déçus aussi par les précédents ministres de la Santé, même de droite et qui devaient nous être plus favorables.



16 AVRIL 2015

Pierre Gattaz

PRÉSIDENT DU MEDEF

IL FAUT REMETTRE À PLAT NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Faut-il s'accommoder de la situation jusqu'en 2017, ou encore quelles seraient les actions raisonnables à mener ?

Cette baisse de 2,5 % des tarifs infligée aux hôpitaux et cliniques privés est absolument inadmissible. Il est intolérable que les cliniques et hôpitaux privés financent les emprunts contractés par les hôpitaux publics. Il faut remettre à plat notre système de santé et engager des réformes structurelles afin de pérenniser un système globalement satisfaisant. Pour cela, il convient de rationaliser les dépenses hospitalières qui, en France, représentent 36 % de nos dépenses de santé contre 29 % dans la moyenne des pays de l'OCDE. Le Medef a formulé récemment des propositions en ce sens : développer les alternatives à l'hospitalisation complète, développer la chirurgie ambulatoire, réduire les surcapacités avérées de lits... Au-delà, il faut clarifier la gouvernance du système de santé en précisant le rôle de chaque acteur et améliorer le pilotage des dépenses. Enfin, il faut préserver un environnement favorable à l'innovation. Le secteur de la santé connaîtra dans les années à venir une véritable « révolution » liée au développement des innovations technologiques. L'un des enjeux majeurs sera de faire en sorte que ces progrès techniques, qui suscitent d'immenses et légitimes espoirs chez les patients, se traduisent par une meilleure efficacité du système.



Le secteur de la santé pèse presque 12 % du PIB, le Premier ministre a déclaré aimer les entreprises, celles de l'hospitalisation sont-elles des exceptions ?

Les cliniques et hôpitaux privés sont systématiquement pénalisés alors qu'ils dispensent des soins de qualité pour tous et à des tarifs inférieurs de 22 % à ceux de

l'hôpital public. On fait porter l'essentiel du poids des économies sur les industries et les entreprises de santé dont les performances, reconnues dans le monde entier en matière d'innovation (thérapies géniques, chirurgie mini-invasive, robotisation, télémédecine, hôpital numérique...), vont dans les années à venir remodeler le système de santé dans le sens d'une amélioration des soins, de la prévention. Le secteur privé de la santé doit être pris en considération à proportion de son poids économique. Les industries et services de santé représentent dans leur ensemble près de deux millions d'emplois, soit 9 % de la population active. C'est loin d'être négligeable.

Jusqu'à quel point les entreprises sont-elles prêtes à supporter les charges liées à la couverture sociale ? Vers quelle nouvelle modélisation économique doit-on tendre ?

Il faut revoir notre système de protection sociale qui est à bout de souffle. Et s'il est à bout de souffle, c'est notamment parce que son financement repose de façon déséquilibrée sur les revenus du travail et les entreprises : les cotisations patronales représentent 44 % des recettes affectées à la protection sociale, contre 34 % en Allemagne. Avec les conséquences que l'on connaît : un renchérissement du coût du travail qui pèse sur la compétitivité des entreprises et, in fine, sur l'emploi. Accroître la participation du secteur privé dans la couverture sociale de base ne ferait qu'alimenter ce cercle vicieux et aggraver, à terme, la situation financière de la protection sociale. Il faut absolument « moderniser » notre modèle social, c'est-à-dire l'adapter au modèle économique qui s'est entièrement renouvelé sous l'effet de la mondialisation. Il ne peut y avoir de solidarité réelle sans rénovation profonde de notre modèle social.

4 MAI 2015

Jean Debeaupuis

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA DGOS

VOS ÉTABLISSEMENTS ONT TOUTE LEUR PLACE DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ CONFRONTÉ AU DÉFI DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET DES MALADIES CHRONIQUES

Les établissements de santé sont toujours sous le choc après la publication des tarifs 2015 : que leur dites-vous ?

Tout d'abord, je voudrais souligner que notre système de santé se caractérise par

la diversité et la complémentarité des modes d'exercice des professionnels de santé - libéraux et salariés - et des statuts des établissements, publics et privés, commerciaux et non lucratifs.

Vos établissements et les nombreux professionnels qui y exercent ont toute leur place dans un système de santé confronté au

défi du vieillissement de la population et des maladies chroniques : il est appelé à de nécessaires mutations, afin de mieux répondre aux besoins de la population et des territoires, en développant la prévention, le parcours du patient et une meilleure coordination. Sans oublier la place des usagers, selon les orientations du projet de loi de modernisation présenté par la ministre Marisol Touraine et adopté par l'Assemblée nationale.

Je tiens à remercier la FHP et ses composantes pour leur participation aux nombreux groupes de travail que le ministère et la DGOS tiennent afin de préparer et d'expliquer les campagnes tarifaires ainsi que la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé portée par la ministre.

Je sais que les derniers mois ont été vécus difficilement par beaucoup d'entre vous, avec le sentiment d'être parfois mal compris, par exemple dans le cadre de la campagne tarifaire ou dans celui du projet de loi de modernisation de notre

système de santé. Au sujet de ce dernier, les discussions avec vos représentants ont permis notamment de faire évoluer l'article 26 consacré au service public hospitalier, de clarifier certains points et d'apporter des garanties importantes sur le rôle essentiel assuré par le secteur privé. Le projet de Loi comprend de nombreuses dispositions, dont plusieurs ont évolué depuis l'automne grâce aux concertations menées.

Concernant l'article sur la transparence des comptes, je tiens à vous préciser que cette mesure n'est absolument pas orientée contre un secteur d'activité en particulier. Elle est en effet applicable à l'ensemble des établissements de santé - quel que soit leur statut - et vise à répondre aux demandes de la Commission européenne, qui estime que notre réglementation n'est pas en totale adéquation avec le droit de l'union. Pour être pleinement conformes, les financements publics accordés aux établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, ne doivent pas excéder les obligations mises à la charge de leurs bénéficiaires, sous réserve cependant d'un bénéfice qualifié de « raisonnable ». Pour que les ARS puissent s'en assurer, les établissements de santé doivent donc être en mesure de transmettre leurs comptes à l'autorité de tarification, où devront être clairement distingués d'une part les charges et les produits relevant de leur activité de soins et d'autre part, ceux relevant de leurs activités annexes (autres prestations, activités commerciales), qui sont hors régime des aides d'État et donc hors du mécanisme de « récupération ».

L'amendement gouvernemental en a posé les bases afin de clarifier la situation des



établissements. Il reste désormais à en fixer précisément le mécanisme et les règles d'application. Ce sera le rôle du projet de décret qui sera établi en pleine concertation avec vos représentants.

La campagne tarifaire et budgétaire 2015 est soumise à de fortes contraintes, supérieures à celles des années précédentes. Elle constitue la première tranche de mise en application du plan triennal d'économies de l'ONDAM 2015/17 porté par le gouvernement.

Un chiffre, toutefois : l'ONDAM établissements de santé 2015 évolue positivement de 2 % par rapport à 2014. Le taux a été fixé de manière identique entre les deux secteurs hospitaliers à hauteur de -0,65 %, de même que le coefficient prudentiel de 0,35 %. Le différentiel avec le taux d'évolution de l'ONDAM s'explique principalement par l'évolution annuelle du volume global d'activité, quel que soit le secteur qui prend en charge cette activité. L'évolution tarifaire des établissements commerciaux MCO s'établit à -2,5 % compte tenu des allègements de charges dont bénéficient vos établissements au titre du pacte de responsabilité et du CICE. Il était équitable d'en tenir compte dans la répartition des ressources allouées par la Sécurité sociale au sein de l'ONDAM, sachant que cet impact a été « lissé » sur plusieurs années afin d'en atténuer l'impact annuel.

Quel rôle vont jouer les ARS dans la mise en œuvre de cette campagne tarifaire, ainsi que dans le plan d'économies et quel sera l'accompagnement des établissements ?

Vous m'interrogez également sur la mise en œuvre de ce plan au niveau régional. Ainsi que cela est précisé dans la première circulaire de campagne qui sera publiée dans les jours à venir, les directeurs généraux d'ARS, en lien avec l'Assurance

maladie, vont demander à l'ensemble des établissements de santé - quels que soient leur statut et leur situation financière - de proposer et de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour réaliser les économies en question : celles-ci seront équitablement réparties entre les secteurs et les établissements et de façon adaptée à leurs spécialités, notamment en matière de trajectoire de transformation. Il revient donc aux établissements eux-mêmes de formaliser les actions et les efforts d'adaptation interne : ces engagements seront ensuite déclinés via les contrats existants tels que les CPOM.

La campagne tarifaire 2016 démarre déjà : comment pouvons-nous avancer de concert ?

Enfin, pour l'avenir et la préparation de la campagne 2016, je serai particulièrement attentif, dans la logique du plan triennal, à poursuivre avec vos représentants les travaux d'évolution du modèle de financement qui pourraient, notamment, être portés dans le cadre de la prochaine réunion du CORETAH et de la prochaine LFSS.

Virage ambulatoire, nouvelle approche territoriale, coopération renforcée des acteurs... La réussite du plan triennal et de la loi de modernisation de notre système de santé passe d'abord par les projets des acteurs et vos réponses pour conduire ces mutations au service de la population.

1^{er} JUIN 2015

Professeure Corinne Vons

CHIRURGIEN DIGESTIF ET GÉNÉRAL, PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (AFCA)

JE VOIS L'AVENIR AVEC OPTIMISME

Quelle est votre position concernant les 36,1 millions d'euros d'économies, dont près de 25 sur l'ambulatoire, planifiées en 2015 ?

Je trouve regrettable de demander de faire des économies tarifaires en chirurgie ambulatoire alors qu'elle n'est pas encore suffisamment développée, avec une assise robuste, et que les directeurs financiers ne sont toujours pas capables de nous chiffrer la réduction des coûts qu'elle peut engendrer. Comme pour chaque innovation, la chirurgie ambulatoire demande des investissements, qui n'ont pas toujours été réalisés et qui explique



pourquoi dans certains établissements, elle peine à se développer en raison de l'absence d'organisation dédiée. Pourtant, de très gros efforts ont été consentis par les professionnels de santé et des résultats ont été obtenus. Nous attendons vraiment les résultats d'études de coûts de ce nouveau mode de prise en charge des patients en chirurgie. Des études de *microcosting*, ont été réalisées par la HAS, mais aucun résultat n'est publié.

L'AFCA s'oppose à l'abandon des 2 seuls indicateurs qualité par la HAS, quelles sont vos raisons ?

Le sujet de la qualité est essentiel pour l'AFCA. C'est bien de viser l'activité, l'efficacité, la rotation, mais nous n'entendons parler que de cet objectif en chirurgie ambulatoire : faire du « chiffre ». La qualité, l'évaluation des bénéfices, voire des risques pour le patient, ne sont même pas mesurés. Or les professionnels de soins, entre autres stimulés par la HAS sont très attentifs à la qualité et la sécurité des soins, d'autant plus qu'ils sont au contact du patient, dont ils ont les retours « satisfaits » ou pas. La HAS a voulu évaluer la possibilité de suivre, à l'aide de notre codage PMSI,

deux indicateurs de qualité et de sécurité en chirurgie ambulatoire, internationalement reconnus et utilisés. Mais devant l'impossibilité, avec notre système de codage (en effet, les deux codes à surveiller n'existent tout simplement pas) de mesurer ces variables, la HAS a renoncé à les surveiller plutôt que de rajouter ces deux codes dans le codage PMSI (et a créé un groupe de travail pour en trouver d'autres). L'AFCA s'est indignée de ce renoncement. Ce sont d'ailleurs des indicateurs déjà mis en place dans certaines bonnes unités d'ambulatoire. La HAS nous propose de nous rencontrer très prochainement.

Comment voyez-vous le développement de la chirurgie en ambulatoire à 10 ans ?

Je vois l'avenir avec optimisme. Le secteur privé a compris la nécessité de l'investissement en présupposant de sa rentabilité. Le secteur public a de nombreux freins mais nous voyons apparaître des centres exemplaires qui motiveront les autres. Je salue les plus forts dans les deux secteurs et l'innovation remarquable de certains. Je pense enfin que c'est maintenant qu'il faut se développer, car dans 10 ans, il n'y aura plus grand chose à inventer en chirurgie ambulatoire.

**LA QUALITÉ,
L'ÉVALUATION DES
BÉNÉFICES, VOIRE
DES RISQUES POUR LE
PATIENT, NE SONT MÊME
PAS MESURÉES.**

30 NOVEMBRE 2015

Stéphane Lievain

DIRECTEUR DE LA CLINIQUE INTERNATIONALE DU PARC MONCEAU, PARIS

13 NOVEMBRE 2015 : URGENCE !

La Clinique Internationale du Parc Monceau est située en plein Paris. Avec près de 140 lits et places dont un service d'USC, cet établissement indépendant fait partie des grosses structures sanitaires privées de Paris intra-muros.

Nous avons pris en charge 7 patients blessés par balle

« Vendredi 13 novembre dès 22h30 nous étions sur le pont. » Stéphane Lievain directeur de la clinique Monceau dans le centre de Paris est comme tous, vite alerté sur les événements. Direction et cadres se coordonnent et se mettent en ordre de marche pour faire face à une éventuelle demande. « Notre

situation était alors tout à fait exceptionnelle car l'établissement était totalement à l'arrêt du fait de la très forte mobilisation de nos médecins contre la loi de santé. Les blocs, le service de soins non programmés et l'accueil des urgences mains étaient tout simplement fermés pour 3 jours. »

Médecins et personnels se sont tout de suite manifestés en nombre

« Les réactions étaient unanimes, médecins et personnels ont appelé spontanément pour signaler leur disponibilité. Personne ne s'est posé de question, praticiens en grève les premiers, cadres, soignants. Nous avons même plus de professionnels de santé que d'ordinaire pour assurer le week-end ! Comme tous les autres soignants, nous avons fait notre travail, immédiatement. » La clinique Monceau n'a pas été réquisitionnée dans le cadre du plan blanc mais dès vendredi 23 h, la direction s'est signalée auprès de l'ARS de façon proactive : chirurgiens, anesthésistes, blocs, personnels de soins, tous sont disponibles et opérationnels. « L'ARS a bien pris note que nous étions prêts à accueillir des

patients blessés mais sachant que la grève des praticiens était très forte à Paris, nous proposons en priorité de délester les hôpitaux des autres patients qui avaient saturé les services parisiens, du fait du Black Friday qui avait été très suivi dans les centres d'urgences mains privés de la région. »

« Du samedi matin au lundi, nous avons donc accueilli les transferts chirurgicaux habituels, ainsi que sept patients blessés par balles. Pris en charge en première intention dans les hôpitaux publics, ils ont été adressés chez nous pour des extractions de projectiles et des blessures diverses. Plus tard dans la semaine, d'autres victimes plus légères et nécessitant des soins non urgents se sont présentées chez nous de façon spontanée. » La direction de la clinique a mis en place par la suite une cellule psychologique pour le personnel. « Ce soutien est nécessaire. Nous avons noté différents niveaux d'inquiétude. Même si on se dit que chacun a juste fait son boulot, par sentiment de solidarité et de patriotisme, nous avons souhaité faciliter les retours d'expérience. Nous restons vigilants et mobilisés sur tous les fronts, les attentats, comme la loi de santé. »

« LES RÉACTIONS ÉTAIENT UNANIMES, MÉDECINS ET PERSONNELS ONT APPELÉ SPONTANÉMENT POUR SIGNALER LEUR DISPONIBILITÉ. »



8 JUIN 2015

DIAVERUM, ISO 14001. UNE ÉVALUATION STANDARDISÉE DES PRATIQUES DD

Depuis juillet 2012, le groupe de centres de dialyse DIAVERUM s'est engagé dans une démarche RSE, en certifiant ses 16 centres et son siège ISO 14001. Bravo quand on note une quinzaine d'établissements de santé ISO 14001 en France par ailleurs. Lorsqu'en 2010 la certification HAS a intégré l'impact environnemental, la direction du groupe a voulu aller plus loin. « *Nous sommes implantés dans une vingtaine de pays,* » explique Cindy Derby, en charge de la certification, « *chacun a des critères différents et le groupe souhaitait donc harmoniser ses exigences avec un label international.* »

Ce sont d'abord quatre sites qui ont été certifiés, puis le groupe a étendu la démarche aux autres centres. « *Un énorme travail de standardisation qui nous a permis de faire un état des lieux,* » dit Mme Derby. DIAVERUM s'est doté d'un logiciel pour vérifier régulièrement le respect des critères réglementaires. Les résultats sont au rendez-vous : baisse des dépenses d'énergie de 9 % et d'eau, réduction des DASRI de 12 %, nouvelle politique d'achat avec des critères de développement durable... À l'instar du projet « No Paper » déjà en place au centre Serena (Draguignan), le groupe teste chaque projet dans un centre pilote, puis l'étend selon l'efficacité. « *Les personnels sont en demande,* » se félicite Cindy Derby, qui constate que ce n'est finalement pas si coûteux : « *Il faut investir, mais quand la démarche est réfléchie, elle permet des retours sur investissements.* » Pour 2015, DIAVERUM lance un nouveau projet : l'installation d'un banaliseuse pour les DASRI.

Je suis vertueux ! Mais qui le dit et comment je le mesure ?

Les établissements hospitaliers prennent très au sérieux la responsabilité sociétale de leur entreprise (RSE) et professionnalisent leur démarche. Le Comité pour le développement durable en santé (C2DS) et AFNOR Certification ont co-construit un modèle d'évaluation sectoriel en santé, inspiré de la norme ISO 26000. Ce guide d'évaluation sera à la disposition des établissements de santé à partir du 11 juin. 18 mois de travaux ont été nécessaires pour adapter aux spécificités du secteur sanitaire, le modèle d'évaluation AFAQ 26000 inspiré de la norme ISO 26000 qui permet d'une part, de mesurer la capacité d'une organisation à mettre en œuvre des pratiques en développement durable, et d'autre part de mesurer le niveau de maturité d'intégration de ces pratiques au quotidien.

« *Ce guide est la traduction opérationnelle et sectorielle de l'ISO 26000. Entrer dans une démarche RSE est un investissement au service de la performance. C'est un accélérateur de changement et d'innovations* », déclare Olivier Toma, président du C2DS.

LES RÉSULTATS SONT AU RENDEZ-VOUS : BAISSÉ DES DÉPENSES D'ÉNERGIE DE 9 % ET D'EAU, RÉDUCTION DES DASRI DE 12 %.

13 JUILLET 2015

L'INNOVATION À VIVALTO. NOTRE ENJEU EST AUJOURD'HUI EXTERNE !

Pour Marie-Pascale Chague, directrice du nouveau département innovation créé il y a un an par le groupe Vivalto Santé, le futur des établissements passera par le développement des systèmes d'information et services entre les acteurs de santé et avec le patient. « Les axes donnés par la tutelle sont clairs » rappelle-t-elle, « il s'agit d'accentuer le maillage territorial, développer le lien ville/hôpital, rendre le patient acteur, tendre vers plus d'efficacité au niveau du parcours de prise en charge ». Ce parcours commence avant et continue après la phase aiguë d'un séjour hospitalier et ceci s'accroît avec le développement de l'ambulatoire. Le levier de croissance de nos établissements n'est plus uniquement interne sur l'efficacité de nos organisations au regard de la T2A, mais sur notre capacité à s'ouvrir sur l'extérieur. « Partout ailleurs, de nombreux secteurs économiques ont totalement intégré le numérique dans leurs processus, pourquoi pas la santé ? Certes les moyens manquent et la priorité en SI actuellement est d'être éligible dans Hôpital numérique pour rénover son SIH et répondre aux exigences de certification mais il faut rester très attentif sur les projets extérieurs pour ne pas risquer d'être hors-jeu sur les parcours de soins. »

La santé connectée, c'est le futur

« Les évolutions médicales, l'ambulatoire en premier lieu, réduisent la durée de présence des patients dans nos structures, nous devons alors nous préparer à proposer de nouveaux services aux patients en dehors de nos murs. La santé connectée fait partie des outils pour le faire. »

Le partenariat fait partie de l'ADN du groupe Vivalto

« Nos médecins sont nos actionnaires et nos partenaires. Cette forme de gouvernance fait partie intégrante de la culture de notre groupe. Il était naturel de nouer des partenariats également avec des industriels ou prestataires. » Outre la veille technologique, Marie-Pascale Chague travaille en amont avec des industriels et prestataires à la réflexion d'organisations innovantes intégrant ces enjeux vers l'extérieur des structures de soins. « Ce n'est pas tant les produits innovants en eux-mêmes qui nous intéressent mais de travailler avec les industriels sur l'intégration de nouveaux usages pour mieux répondre aux besoins des patients, des médecins, réfléchir ensemble à de nouveaux processus de soins mieux adaptés, plus efficaces. Nous travaillons sur des domaines ciblés où notre groupe recherche l'excellence professionnelle comme par exemple la prise en charge en cancérologie ou en obésité. Entre autre, je dirige le projet TEO en IDF (plateforme de téléconsultation, télésurveillance et coordination sur prise en charge de l'obésité). Dans les projets innovants mis en œuvre au sein du groupe, nous sommes avant tout dans une recherche d'efficacité médico-économique globale et la création de services attendus par le patient sans oublier qu'il veut être maintenant de plus en plus acteur de sa prise en charge, de sa santé ! »

LE LEVIER DE CROISSANCE DE NOS ÉTABLISSEMENTS EST NOTRE CAPACITÉ À S'OUVRIRE SUR L'EXTÉRIEUR.

7 SEPTEMBRE 2015

TRANSITION ÉNERGÉTIQUE : LA TAXE CARBONE EN 2020 POURRA VOUS COÛTER PLUS DE 100 000 EUROS

Dans le prolongement des Grenelle de l'environnement, la loi de transition énergétique, ardemment discutée, était publiée au JO le 18 août 2015. Elle fixe une réduction des émissions de CO₂ de 40 % en 2030 et met en place dès 2020 une taxe carbone pour atteindre cet objectif. Les cliniques qui ne seraient pas en capacité en 2020 d'apporter les preuves de leur réduction d'émissions de gaz à effet de serre de 20 %, se verront imposer une taxe carbone de 100 à 200 000 euros. Le calcul est simple : une clinique de 200 lits produit environ 3 000 tonnes de CO₂/an, la tonne est taxée 56 euros. Les établissements de santé privés pionniers, Pasteur à Toulouse, St Roch à Cambrai, HPNP à Sarcelles, l'Anjou à Angers, Navarre à Pau, Blois, Clémentville et St Roch à Montpellier, etc. sont d'ores-et-déjà dans les clous pour 2020. Et vous ? Diminuer les émissions de CO₂ de son organisation signifie agir sur le bâtiment (qui pèse nationalement pour 20 % dans les émissions), les transports (17 %), le choix de son énergie (12 %), et les déchets (4 %).

Que faire ? Cartographier et mesurer ses consommations énergétiques prioritairement est la première étape incontournable.

Les publier ensuite dans l'Observatoire de la performance développement durable en santé de la FHP, créé avant l'été, est essentiel. Outre la possibilité de se benchmarker, ces données sont nécessaires collectivement pour se mobiliser, anticiper et surtout négocier. Enfin, 2020, c'est demain. Engagez votre établissement dans

la campagne 2for10 (twoforten.fr) du C2DS qui propose des éco-gestes simples, puis enclenchez une démarche plus structurée. Ce que prévoit la loi : baisser de 40 % les émissions de gaz à effet de serre (GES) d'ici 2030 et de 75 % d'ici 2050 (base 1990) ; réduire de 50 % la consommation d'énergie d'ici 2050 ; diminuer le recours aux énergies fossiles ; porter à 32 % la part des énergies vertes dans la consommation d'énergie.

Même si la France émet peu de CO₂ en raison de l'importance de son parc nucléaire, l'objectif est très ambitieux. Trois étapes sont planifiées : 2015-2018, 2019-2023, 2024-2028. Notez enfin, la conférence mondiale sur le climat, la COP 21, à Paris en décembre, qui réunira 192 pays avec comme objectif de contenir le réchauffement climatique en dessous de 2 degrés.

**LE CALCUL EST SIMPLE :
UNE CLINIQUE DE 200
LITS PRODUIT ENVIRON
3 000 TONNES DE CO₂/
AN, LA TONNE EST
TAXÉE 56 EUROS.**

14 SEPTEMBRE 2015

TÉLÉ-DIALYSE À TOULOUSE. UNE OFFRE CONSOLIDÉE

Télé-consultations, télé-surveillance, télé-assistance, télé-expertise : de nombreux centres de dialyse se sont depuis quelques années lancés dans l'aventure de la prise en charge des séances de dialyse à distance, alors même qu'aucun acte de télémédecine ne peut être soumis à facturation.

La clinique Saint-Exupéry à Toulouse, qui gère neuf centres de dialyse distants, a été soutenue par l'ARS Midi-Pyrénées en 2013 pour expérimenter cette technologie dans un de ses nouveaux centres situé à Saint-Gaudens (31) ouvert en 2014. Le centre distant, relié à la clinique par un réseau sécurisé haut débit, est équipé d'un chariot mobile autonome doté d'un écran tactile et d'une caméra IP haute définition pilotable à distance. Cette caméra permet de zoomer avec précision sur des parties du corps tout en gardant une très bonne qualité d'image, indispensable aux professionnels de santé. Les communications se font à l'aide d'un logiciel médical de visioconférence spécifique et le dossier patient informatisé permet de mettre à disposition toutes les données médicales du patient en temps réel. Le médecin peut, comme s'il était sur place, consulter et éventuellement modifier tous les traitements administrés au patient.

Un « package »

« Ce n'est pas la méthode qui est innovante », souligne Vincent Lacombe, directeur de la clinique, « de nombreux centres ont recours à la télé-dialyse, en revanche, ce qui est peut-être particulier chez nous, c'est le 'package' de services que nous proposons ». En effet, la télé-dialyse à la clinique Saint-Exupéry comprend, outre les télé-consultations, dont une séance par semaine doit être obligatoirement effectuée, un ensemble de services complémentaires, tels que la télé-assistance médicale et technique au

personnel médical, la télé-maintenance des systèmes de traitement d'eau, la télé-surveillance des séances de dialyse et des générateurs de dialyse. « Pendant une séance de dialyse, avec l'assistance d'un spécialiste, nous pouvons ainsi agir ou faire agir à distance très rapidement, avec une plus grande pertinence. La sécurité prime avant tout », confie Fabien Espaze, responsable informatique.

La clinique Saint-Exupéry souhaite permettre aux patients télé-dialysés de pouvoir profiter d'autres services à distance : entretien avec l'assistante sociale, télé-éducation thérapeutique, suivi diététique, etc. Pour Vincent Lacombe, « en attendant une rémunération juste de ces actes, il est important de construire, brique après brique, un système de 'télé-prise en charge' le plus complet possible. Nos patients doivent bénéficier d'une offre de soins de proximité, de grande qualité et sécurité, qui permette de rompre l'isolement dont ils souffrent. »

**LE MÉDECIN PEUT,
COMME S'IL ÉTAIT SUR
PLACE, CONSULTER
ET ÉVENTUELLEMENT
MODIFIER TOUS
LES TRAITEMENTS
ADMINISTRÉS
AU PATIENT.**

12 OCTOBRE 2015

LA CLINIQUE PASTEUR DE TOULOUSE VIT AU XXI^e SIÈCLE

S'il est un établissement de santé innovant en termes de e-santé, c'est bien la Clinique Pasteur. *« C'est super fastoche d'innover car s'il y a un secteur plein d'archaïsmes et plein de conservatisme, c'est bien le secteur de la santé. À l'heure de l'accélération du bouleversement économique, écologique et sociétal, nous avançons à la vitesse de la tectonique des plaques »*, déclare Dominique Pon, directeur bouillonnant de cet établissement qui caracole dans les palmarès des établissements de santé français publiés dans les médias. Son constat est sans appel : *« le secteur de la santé est le seul secteur économique en France qui croit toujours qu'internet n'existe pas ! »* Alors Pasteur innove.

Pré-admission en ligne

La pré-admission en ligne n'a plus de secret pour les patients ni pour le service administratif, qui bénéficie d'un allègement des tâches ; quand tous y gagnent en termes de fluidité d'accueil à l'heure fatidique des entrées.

La télécardiologie

A Pasteur, deux infirmières sont dédiées à la télécardiologie qui permet de surveiller à distance aujourd'hui 305 patients. Une initiative lancée sur fonds propres dont Céline Gordon, chargée de communication, rappelle que l'établissement a reçu le trophée FHP dans la catégorie *« santé connectée »* en 2015.

Le télésuivi des plaies

Par ailleurs, un médecin vasculaire s'occupe du télé-suivi des plaies à distance au sein du récent Centre de plaies et cicatrisation de la clinique. Des soignants, notamment

d'EHPAD envoient des photos, qui sont immédiatement analysées. Ils reçoivent ensuite les recommandations des soins et la conduite à tenir. 82 patients sont ainsi surveillés pour 105 télé-suivis et 20 formations ont été dispensées.

La Box intelligente

Enfin, expérimentée dès 2011 et développée très vite ensuite, la Box installée au domicile des patients soignés en HAD permet à tous – patients et entourage, soignants et clinique – de se coordonner. La Box intelligente scanne l'ordonnance de l'infirmière et l'envoie par mail à la pharmacie, elle transmet le message d'un proche à un soignant, elle centralise dans un dossier commun les informations des soignants et le coordonne avec le dossier patient de la clinique, et bien d'autres choses encore.

Pasteur en a encore « sous le pied », puisque la direction annonce le lancement d'autres innovations en e-santé d'ici la fin de l'année.

**« LE SECTEUR DE
LA SANTÉ EST LE SEUL
SECTEUR ÉCONOMIQUE
EN FRANCE QUI CROIT
TOUJOURS QU'INTERNET
N'EXISTE PAS ! »**

23 OCTOBRE 2015

LE GASPILLAGE ALIMENTAIRE, ÇA COÛTE CHER

Actionner des leviers au niveau régional pour motiver les établissements de santé à mener des actions de développement durable, les bons exemples ne manquent pas, de même que des établissements engagés, moteurs de projets.

La région Midi-Pyrénées est pionnière DD à bien des titres. Le réseau qualité régional REQUAMIP, association fédérant plus de 400 établissements de la région sur les thèmes sanitaires et médico-sociaux présentait ce vendredi lors d'une conférence de presse à la Clinique de l'Union à Saint-Jean (31), les résultats d'une campagne sur le gaspillage alimentaire menée pendant un an et au sein de laquelle 219 hôpitaux, cliniques, maisons de retraite se sont engagés.

Une « grande pesée régionale »

113 établissements se sont livrés à une « grande pesée régionale » avec des résultats impressionnants : 1 450 tonnes de déchets alimentaires par an, dont 81 tonnes de pain (ce qui équivaut à 324 000 baguettes) ! Ces résultats sont en adéquation avec ceux de la restauration collective en établissement de santé qui enregistre le plus gros volume de pertes et gaspillages parmi toutes les formes de restauration collective : 264 g par personne et par repas en moyenne, selon le rapport 2011 du ministère de l'Agriculture. Un établissement moyen de 100 lits peut produire jusqu'à 23 tonnes par an de déchets alimentaires ce qui « coûte » 8 tonnes d'équivalent CO₂.

Anticiper la réglementation

Outre la nécessité d'agir pour lutter contre les impacts environnementaux, l'objectif de cette campagne est d'anticiper la réglementation qui contraint les

établissements sanitaires et médico-sociaux produisant plus de 20 tonnes de bio déchets au 1^{er} janvier 2015 et plus de 10 tonnes en 2016 à organiser le tri et la valorisation de leurs bio déchets. Par ailleurs, les enjeux économiques liés à la gestion des déchets augmentent avec le renforcement de la redevance spéciale (RS) perçue auprès des entreprises et des établissements publics dont les déchets sont éliminés dans le cadre du service public. Cette redevance spéciale s'ajoute à la taxe d'enlèvement des ordures ménagères (TEOM) depuis 1992. Les collectivités ont la possibilité d'ajouter à la TEOM, une tarification incitative et une part variable, calculées en fonction du poids ou du volume des déchets et du nombre d'enlèvements. Les établissements risquent donc de voir augmenter fortement le coût

Disposer d'un annuaire

Un annuaire de prestataires et solutions de valorisation des bio déchets dans les territoires en Midi-Pyrénées a été réalisé et remis aux établissements.

Par ailleurs, cette campagne invite les établissements à envisager l'alimentation comme un premier geste de soins. Une action reproductible dans d'autres régions !

**UN ÉTABLISSEMENT
MOYEN DE 100 LITS
PEUT PRODUIRE
JUSQU'À 23 TONNES DE
DÉCHETS ALIMENTAIRES
PAR AN, SOIT 8 TONNES
D'ÉQUIVALENT CO₂.**

FIL ROSE, FIL BLEU, FIL VERT

POUR NOUS RELIER

À l'occasion de la campagne *Octobre Rose* ou celle de *Mars Bleu*, la FHP-MCO en partenariat avec l'AFC-UNHPC, a créé une collection de courtes newsletters thématiques. La tenue de la COP 21 à Paris a motivé le lancement d'un *Fil vert*, en partenariat avec le C2DS, pour témoigner de l'engagement de la profession dans une démarche de développement durable. Ces *Fils* sont le miroir de vos réalisations et de votre engagement.

Pour Mars Bleu, vous ne manquez pas d'idées !

Fil bleu n°1

10 MARS 2015

Le cancer du côlon : 2 sujets tabous !

Avec 35 000 nouveaux cas par an, c'est le 3^e cancer en France (après celui du poumon et du sein), et la 2^e cause de décès par cancer. Comme pour tous les dépistages de cancer, la peur du diagnostic est importante, mais s'y ajoute la peur de la coloscopie. Au tabou du cancer, s'ajoute ici celui du côlon !

SÉGOLÈNE BENHAMOU, PRÉSIDENTE DE LA FHP-MCO
DR DENIS FRANCK, PRÉSIDENT DE LAFC-UNHPC

Le Côlon Tour devant l'Hôpital Privé d'Antony

Non seulement les médecins, les soignants et le personnel ont participé au semi-marathon d'Antony, mais une journée événementielle de sensibilisation est aussi prévue avec « Le Côlon Tour », sur le parvis du RER.

INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE PARIS SUD,
HÔPITAL PRIVÉ D'ANTONY (92)

Le Finistère se met en bleu pour afficher son engagement

Les cliniques privées du Finistère se mobilisent pour informer et sensibiliser les professionnels sur le nouveau test immunologique de dépistage. Il est présenté sur des stands dédiés à la prévention dans le hall de chaque clinique animés par les membres du dispositif d'accompagnement en cancérologie.

POLYCLINIQUE DE KERAUDREN, LES CLINIQUES
PASTEUR-LANROZE, DU GRAND LARGE ET DE
L'ELORN, BREST (29)

Au Mans, un match pour en finir avec les tabous

Le club de foot de la ville, LeMansFC, s'est associé au projet de sensibilisation en dédiant à Mars Bleu son match contre l'équipe de Thouars Foot 79 au stade MMArena !

LA CLINIQUE VICTOR HUGO, LE MANS (72)

Fil bleu n°2

17 MARS 2015

Chirurgie du côlon : une meilleure réactivité du secteur privé

En plein démarrage de la campagne nationale Mars Bleu, les professionnels de santé ont appris le report de la mise sur le marché du nouveau test de dépistage du cancer colorectal. Ce cafouillage administratif est plus que dommageable et ne fait que renforcer notre inquiétude quant au délai de mise à disposition des innovations pour nos patients. Rappelons que les établissements de santé privés prennent en charge 47 % des actes de chirurgie du cancer du côlon. L'étude de l'INCa publiée en 2012 montre que le délai moyen entre la coloscopie et la chirurgie est de 22,7 jours dans les établissements de santé privés, de 27,5 jours dans les CLCC et de 29,5 jours dans les CHU.

SÉGOLÈNE BENHAMOU, PRÉSIDENTE DE
LA FHP-MCO
DR DENIS FRANCK, PRÉSIDENT
DE LAFC-UNHPC

La Polyclinique Saint-Côme ne ménage aucun effort pour Mars Bleu

Le personnel de la polyclinique participe à la course « Les Printanières de Compiègne », organisée dans le cadre de Mars Bleu.

POLYCLINIQUE SAINT-CÔME,
COMPIÈGNE (60)

À Lyon, Mars Bleu est une question d'attitude

Coup d'envoi avec un match de rugby entre l'équipe LOU Rugby et celle de Toulon. En avril, l'hôpital privé accueillera le « Côlon Tour » et présente, avec un kit de dépistage, le nouveau test immunologique.

INSTITUT DE CANCÉROLOGIE JEAN MERMOZ,
LYON (69)



La 7e Journée nationale, portes ouvertes dans les cabinets et établissements de santé

L'année dernière 550 cabinets de gastroentérologie ont ouvert leurs portes au public afin d'informer sur les risques et le dépistage. Le Dr Éric Vaillant fait l'amer constat de la persistance du tabou autour du cancer du côlon « *autant du côté des professionnels de santé que des médias et du grand public. Il faut se mobiliser !* »



Scientifiques et artistes unis pour Mars Bleu

Le Dr David, spécialiste en gastroentérologie, anime une conférence-débat sur la prévention de ce cancer entouré de nombreux tabous. Participants et intervenants poursuivront leurs échanges au Café bleu.

NOUVELLE CLINIQUE BONNEFON, ALÈS (30)

Présentation du nouveau test... si disponible !

Les soignants de la clinique Notre-Dame à Thionville se mobilisent avec l'association Amodemaces en proposant stand d'information et présentation du nouveau test...qui devrait être alors disponible !

CLINIQUE NOTRE-DAME, THIONVILLE (57)

Fil bleu n°3

31 MARS 2015

Une recherche clinique privée en marche

La qualité des soins, le volume d'activité et le dynamisme des équipes motivent 73 % des établissements privés à créer une structure dédiée à la recherche clinique. Avec une file active moyenne de 1150 patients et plus de 780 nouveaux patients par an (37,5 % des services accueillent plus de 1000 nouveaux patients par an), les cohortes de patients sont importantes. Un tiers des centres est

financé par l'établissement lui-même, et ce sans co-financement. Actuellement, il y a en moyenne 19 essais de recherche clinique en cours par centre.

SÉGOLÈNE BENHAMOU, PRÉSIDENTE DE LA FHP-MCO

DR DENIS FRANCK, PRÉSIDENT DE LAFC-UNHPC

Pas seulement un engagement de façade !

Une fois la nuit tombée, durant Mars Bleu, la Polyclinique de Navarre éclaire sa façade de bleu pour soutenir, interpeller et communiquer sur la campagne de sensibilisation et de prévention du cancer colorectal.

POLYCLINIQUE DE NAVARRE, PAU (64)

Mars Bleu se porte fièrement à Angers

L'ensemble du personnel de la clinique Saint Joseph, salariés et médecins, arbore un foulard bleu comme symbole de leur engagement pour Mars Bleu.

CLINIQUE SAINT JOSEPH, ANGERS (49)

Mars Bleu, c'est tout le mois

Les équipes de soins et les secrétariats signalent par leur T-shirt bleu porté tout le mois, qu'à Montréal, on parle du dépistage et on s'engage contre le cancer du côlon.

POLYCLINIQUE MONTRÉAL, CARCASSONNE (11)

Le «côlon géant» s'installe à Bercy

Presque quarante chirurgiens et gastroentérologues du pôle d'excellence digestif de la clinique et les équipes soignantes se mobilisent pour une grande journée d'information.

CLINIQUE DE BERCY, CHARENTON-LE-PONT (94)



Pour
Octobre
Rose, vous ne
manquez pas
d'idées !

Fil rose n° 1

6 OCTOBRE 2015

Les établissements privés MCO en première ligne

Avec plus de 400 établissements autorisés en cancérologie, avec des médecins sortant des mêmes facultés, avec des infirmiers et aides-soignants formés au sein des mêmes écoles, nous assumons la prise en charge des patients, de tous les patients, dans les mêmes conditions de qualité et de sécurité des soins, y compris pour des activités relevant d'une cause nationale comme le cancer. 10 années de mise en lumière ont permis aux femmes de recourir de plus en plus au dépistage, mais aussi de partager leurs expériences, pour faire reculer ce cancer. Néanmoins, le taux de 70 % de femmes qui répondent au dépistage n'est pas encore atteint. En 10 ans, on arrive difficilement à obtenir un taux de 55 %, avec de grosses disparités selon les territoires.

SÉGOLÈNE BENHAMOU, PRÉSIDENTE DE LA FHP-MCO
DR DENIS FRANCK, PRÉSIDENT DE L'AFC-UNHPC

« Partager, communiquer, vaincre »

C'est le slogan choisi par la Clinique Saint-Pierre du groupe MédiPôle-Partenaires pour Octobre Rose, le temps d'une semaine d'activité intense au sein de l'établissement : portes ouvertes, ateliers, marche et pique-nique, expo photos, etc. « Nous souhaitons également que ce travail collectif renforce la collaboration et la communication inter-professionnelle au sein de la clinique. »

CLINIQUE SAINT-PIERRE, PERPIGNAN (66)



Claire Chazal, marraine de l'opération

Pour la sixième année consécutive, la Clinique Hartmann à Neuilly-sur-Seine (Groupe Ambroise Paré, Pierre-Cherest, Hartmann) organise un colloque ouvert à toutes et à tous sur le dépistage du cancer du sein. Les associations ADK92, Europa Donna, Belle & Bien, L'Étincelle, Vivre Comme Avant, Les Ateliers de l'Embellie, le réseau SCOP et Skin étaient présents. Les équipes soignantes de Hartmann ont porté le rose lors de la fameuse course Odyssea, 43 000 coureurs et marcheurs, pour encourager les femmes victimes de cancer du sein à reprendre une activité sportive.

CLINIQUE HARTMANN,
NEUILLY-SUR-SEINE (92)

La Nouvelle Clinique St-François informe pour Octobre Rose

La direction propose à tous les professionnels de santé de la clinique de porter les couleurs d'Octobre Rose, T-shirts roses pour les postes d'accueil et les secrétaires médicales et tenues jetables roses pour les équipes soignantes des étages et du bloc opératoire, sans oublier un « repas rose ».

CLINIQUE ST-FRANÇOIS, MAINVILLIERS (28)

Une « Ligne Rose » pour la Polyclinique la Ligne Bleue

Le Centre Vosgien des Maladies du Sein localisé à la Polyclinique la Ligne Bleue, une coopération pluridisciplinaire public/privé réussie, a été inauguré en mars 2015. Nouveauté également, une ligne téléphonique dédiée, la « Ligne rose », est mise à disposition du patient ou de son médecin traitant pour lui permettre d'obtenir un rendez-vous rapide.

CLINIQUE ÉPINAL RÉUNIES, LA LIGNE BLEUE,
ÉPINAL (88)



Fil rose n°2

13 OCTOBRE 2015

En ambulatoire

Les évolutions récentes majeures portent sur la chirurgie, avec l'émergence des prises en charge en ambulatoire. Pour le cancer du sein, les plus petites tumeurs sont les plus concernées, et de plus en plus nombreuses grâce au dépistage. Mais certaines équipes ont déjà une grande expérience de la prise en charge des mastectomies totales en ambulatoire.

Il est encore trop tôt pour connaître les différences de taux de complications post-opératoires entre hospitalisation classique et ambulatoire pour la chirurgie carcinologique du sein, mais assurément, les bienfaits d'un retour précoce au domicile ne devraient que pouvoir être démontrés.

DR ANNE MALLET, SECRÉTAIRE NATIONAL DE LAFC-UNHPC

Porter un autre regard sur la maladie

Le Groupe Courlancy s'est orienté vers l'art, excellent moyen pour exprimer le ressenti des patients au fil de leurs chemins thérapeutiques. « *Il nous a paru intéressant de tenter d'associer ces deux domaines, en relation avec les associations de malades. Nous ne sommes absolument pas dans le voyeurisme. Chaque patiente ou accompagnant peut donner sa vision intime de son ressenti de la maladie ou de celui de l'accompagnement d'un malade* ». Plus de 200 personnes étaient présentes lors du vernissage.

GRUPE COURLANCY, REIMS (51)

Voyage au cœur du sein

Deux gigantesques installations, deux seins géants gonflables, sont placés devant la polyclinique invitant les spectateurs à un voyage unique à l'intérieur des seins. Saint-Côme prend en charge près de 40 % des traitements du cancer du sein dans l'Oise.

POLYCLINIQUE SAINT-CÔME, COMPIÈGNE (60)



Bougez pour Octobre Rose

« Nous souhaitons sensibiliser le plus grand nombre au dépistage du cancer du sein, mais aussi informer sur les possibilités de prise en charge dans notre établissement : le diagnostic de dépistage rapide sur une journée, ou encore la prise en charge en ambulatoire pour la chirurgie du cancer du sein. » Le CHP a accueilli environ 300 personnes tout au long de cette journée qui s'est terminée par la représentation du monologue « Cachez-moi ce crâne », écrit et présenté par une patiente de l'établissement, comédienne de métier.

CHP, SAINT-GRÉGOIRE (35)



Inspirez et mangez !

La Clinique Pasteur de Toulouse consacre une semaine entière à des ateliers sur le bien-être et la remise en forme autour du cancer du sein : gymnastique, karaté, yoga, Dragon Boat avec des coaches professionnels. Les deux chefs cuisiniers quant à eux proposeront des ateliers sucré et salé et viendront présenter les engagements de l'établissement en termes d'alimentation et d'approvisionnement.

CLINIQUE PASTEUR, TOULOUSE (31)



Fil rose n°3

20 OCTOBRE 2015

L'importance de la recherche clinique dans la prise en charge des cancers du sein

Le cancer du sein est le premier cancer pour lequel une thérapie dite « ciblée » a été proposée aux patientes. Seules la recherche et l'expérimentation de nouveaux traitements adaptés permettront de réduire encore la mortalité de ce cancer. De nombreux établissements privés et équipes de cancérologie médicale ont participé à ces premiers essais cliniques dans le cancer du sein. C'est un gage de qualité pour les patients !

DR ANNE MALLET, SECRÉTAIRE NATIONAL DE LAFC-UNHPC

Une toile à 140 mains

Cette année, un événement particulièrement participatif et ludique a été proposé : la réalisation d'une acrylique sur toile, devenue en un jour seulement un tableau à 140 mains ! « *La toile a voyagé au sein de la clinique durant toute une journée et chacun a pu intervenir avec une touche de couleur, une forme, un trait, un point, et ainsi symboliser sa présence.* »

CLINIQUE DE LA DÉFENSE, NANTERRE (92)

Mettre les petits plats dans les grands

À la Polyclinique du Parc Rambot, durant tout le mois d'octobre, toutes les patientes opérées d'un cancer du sein se verront offrir un repas cuisiné par l'un des cinq chefs étoilés participant à l'action . « *Cette initiative symbolique a pour but de rappeler que le plaisir de la table est une valeur non négligeable.* »

POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT, AIX-EN-PROVENCE (13)



Vu à la télé

Difficile de prétendre ne pas être au courant de l'engagement de la Polyclinique Sainte Marguerite pour Octobre Rose quand les informations passent en boucle sur la chaîne TV et le journal internes durant tout le mois d'octobre.

POLYCLINIQUE SAINTE MARGUERITE, AUXERRE (89)

« Les Tétons de la Reine Margot »

La polyclinique s'est associée pour Octobre Rose à un confiseur, Francis Miot, meilleur confiturier de France et père des « Tétons de la Reine Margot », friandise chocolatée pleine de surprises. Les patientes et les salariées reçoivent une brochure d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein ainsi qu'un ballotin chocolaté surprise, histoire de prendre du plaisir en s'informant sur des choses très sérieuses.

POLYCLINIQUE DE NAVARRE, PAU (64)

Pour Octobre Rose, vous ne manquez pas d'idées !



Fil rose n°4

27 OCTOBRE 2015

Anti les anti-dépistages

Il est bien démontré que la survie des femmes atteintes d'un cancer (dépisté ou découvert autrement) augmente de façon précise depuis 2005, soit depuis le début du dépistage organisé. Et parce que les tumeurs diagnostiquées le sont à un stade de plus en plus précoce, leur traitement est de moins en moins lourd et agressif. Reconnaissons à Octobre Rose son immense impact sur les femmes tant en ce que cet évènement permet de diffuser des informations sur la nécessité de diagnostics précoces, qu'en ce qu'il représente une immense porte ouverte à l'expression des citoyennes.

DR ANNE MALLET, SECRÉTAIRE NATIONAL DE L'AFC-UNHPC

Un fil rouge pour Octobre Rose

Le fil rouge de cette année est la création de coussins cœurs pour les patientes ayant subi des mastectomies partielles ou totales. Plus de 60 coussins, tous très beaux et surtout personnalisés, sont distribués aux nouvelles opérées durant le mois d'octobre.

CLINIQUE TIVOLI DUCOS, BORDEAUX (33)



« L'air de rien », une expérience artistique originale

Cette année, un court métrage musical intitulé « L'Air de rien » est réalisé ; il raconte la vie de Rose, caissière dans un supermarché et atteinte d'un cancer. « Animée par son envie d'imaginer sa vie autrement, elle s'inscrit avec ses collègues de travail à un concours de chant : les Supérettes comptent bien casser la baraque ! Mais tout bascule... »

CLINIQUE LE CONFLUENT, NANTES (44)

Octobre Rose sportif

Parce que le sport est essentiel à la remise en forme après un cancer du sein, la polyclinique a souhaité communiquer et informer d'une part sur son dispositif d'annonce, encore trop souvent méconnu des patients, et d'autre part informer sur toutes les possibilités de reprendre de l'exercice après un traitement.

POLYCLINIQUE DU COTENTIN, CHERBOURG (50)

Faites étape à la Clinique de l'Estrée

La Clinique de l'Estrée s'est transformée en gîte d'étape pour les participants à la marche intercommunale et une collation est offerte aux marcheurs, venus assister à la prise de parole de la direction de l'établissement et celle du maire de la ville. La clinique a décidé ce jour-là de « frapper » fort en concoctant dans le cadre de l'atelier nutrition, des cocktails antioxydants aux carottes, gingembre, etc.

CLINIQUE DE L'ESTRÉE, STAINS (93)

Flash mob pour Octobre Rose

La clinique a imaginé une chorégraphie dans le hall de l'établissement : un flash mob avec plus de 200 personnes, relayé en boucle sur les écrans de la clinique pendant une semaine.

CLINIQUE DU PONT DE CHAUME, MONTAUBAN (82)

Ne les cachez plus !

C'est le slogan que l'on pouvait lire sur les T-shirts des personnels, féminins, de la clinique pour Octobre Rose.

POLYCLINIQUE DU PARC DE CHOLET (49)



Pour
Octobre
Rose, vous ne
manquez pas
d'idées !



Fil rose n°5

29 OCTOBRE 2015

Une profession fière

Parce qu'il est important que nous parlions de ce que nous faisons à « cœur ouvert » auprès de nos élus, des représentants de la société civile, des Françaises et des Français, de façon positive et constructive, ce Fil rose est celui de toute une profession, fière de participer aux politiques de santé publique qui constituent des enjeux majeurs pour notre société.

SÉGOLÈNE BENHAMOU, PRÉSIDENTE DE LA FHP-MCO
DR DENIS FRANCK, PRÉSIDENT DE LAFC-UNHPC

Un Octobre Rose très tendance

Tenues de ville, robes de cocktail, robes de mariée tout y était pour faire de cet événement un vrai défilé de mode. « *Comme c'est la tradition, six marraines, les patientes de l'édition 2014, ouvrent le défilé, comme un symbole et une victoire sur la maladie* ».

POLYCLINIQUE DU BOIS, LILLE (59)

Un engagement d'équipe

Décalé, des shooting photos sont proposés avec des accessoires, chapeau, boa, etc. Autant de photos ensuite exposées. Une tenue rose est aussi de rigueur tant pour les personnels d'accueil que de soins pour souligner cet engagement.

CLINIQUE DU PARC, SAINT SAULVE (59)

Une dynamique de groupe

Dans la continuité de leur partenariat avec Odysée (course à laquelle elles ont concouru côte à côte), les quatre cliniques se mobilisent quatre jours pour des opérations orchestrées par les membres du dispositif d'annonce en cancérologie regroupant assistante sociale, psychologue, diététiciennes et infirmières.

CLINIQUE KERAUDREN, PASTEUR-LANROZE, GRAND LARGE ET ELORN (29)

Une belle histoire pour Octobre Rose

Les comédiens de la compagnie théâtrale d'intervention « La Belle Histoire » présentent des saynètes sur des thématiques médicales. « *C'est une troupe qui rayonne sur tout le nord de la France et qui a créé une pièce humoristique sur une femme*

de 70 ans confrontée au dépistage du cancer du sein 'La ronde des femmes' ».

CLINIQUE DU VAL DE SAMBRE ET
CLINIQUE DU PARC, MAUBEUGE
ET LA POLYCLINIQUE DE LA
THIÉRACHE, WIGNEHIE (59)



Un Octobre Rose haut en couleur

Un tableau de roses confectionné par patientes et salariés est accroché dans la nouvelle salle d'attente : « *la confection de ce tableau a fait naître de nombreux sourires, pas mal de rires et quelques larmes aussi. Toutes ces roses ont été peintes avec application mais surtout avec beaucoup d'émotion.* »

CLINIQUE VICTOR HUGO, LE MANS (72)

Vrai ou faux ? Défi quizz

Au programme, distribution de quizz à destination des patients et visiteurs et un autre à destination des soignants pour déminer les idées reçues sur le dépistage. L'allaitement protège-t-il du cancer du sein ? Le test génétique IxGk20 permet-il de prédire pour une femme son taux de risque de développer un cancer du sein ? « *Les visiteurs apparaissent de plus en plus réceptifs aux messages de prévention.* »

HÔPITAL PRIVÉ CANNES OXFORD (06)



Des images et des mots pour le dire

Le vernissage d'une exposition de photos donne le ton à une grande soirée d'information tous publics sur le dépistage et la prise en charge du cancer du sein avec des stands d'information de nombreuses associations. Financée par l'ARS, cette action de santé publique de grande envergure à destination du grand public, en coopération avec le Pôle de Santé Public-Privé est une première.

POLYCLINIQUE DU KERIO, NOYAL-PONTIVY (59)

Hors les murs pour Octobre Rose

Pendant un an, l'ensemble des salariés et patients ont récupéré du matériel de customisation pour la création de soutiens-gorge personnalisés et l'atelier de réinsertion « À quatre épingles », aidé de plusieurs patients, réalisent des créations.

NOUVELLE CLINIQUE LES DENTELLIÈRES, VALENCIENNES (59)

Lâcher de ballons

Octobre Rose 2015 restera dans les mémoires de tous ceux qui ont participé au lâcher de ballons sur fond de ciel bleu le 8 octobre à la Clinique du Fief de Grimoire à Poitiers.

CLINIQUE DU FIEF DE GRIMOIRE, POITIERS (86)

Rendez-vous Santé

La Clinique Saint-Paul, en collaboration avec les centres de radiologie de l'île, l'AMREC, les laboratoires d'anapathologie, organise des journées de « dépistage rapide » : jour 1 : consultations radiologie et prélèvements ; jour 2 : résultats des prélèvements réalisés la veille ainsi qu'une consultation médicale gratuite ; jour 3 : conférences et présentation d'ateliers « Après le cancer, que faire ? »

CLINIQUE SAINT PAUL, FORT-DE-FRANCE (97)

L'Hôpital Privé océane, communique pour Octobre Rose

« Octobre Rose est pour nous l'occasion de rappeler aux médecins de ville notre offre de prise en charge rapide et coordonnée à partir d'un simple appel téléphonique, pour toute suspicion d'un cancer du sein ». Une action

de communication remarquée et relayée par la presse locale.

HÔPITAL PRIVÉ OCÉANE, VANNES (56)

On marche, on court

La Clinique Pasteur s'associe à l'initiative de l'association « les Rubans roses » dans le cadre du mois Octobre Rose. Il s'agit de chausser ses tennis et participer à une course et marche pour la recherche contre le cancer du sein !

CLINIQUE PASTEUR, EVREUX (27)

Don de sourires

Les photos de l'exposition « Chaque jour, mon sourire contre le cancer du sein » mise en œuvre par le Dr Fablet, adressent un message d'espoir à « toutes celles trop nombreuses qui doivent lutter » indique l'invitation. Les professionnels de la polyclinique ont offert leur sourire.

POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE, ST HERBLAIN (44)

Mobilisation générale

Le chef cuisinier et son équipe élaborent un repas rose. Au menu : mousseline de betterave, pavé de saumon rôti et son coulis de crevettes, compotée de choux rouges, chèvre frais aux baies roses et sa compote d'oignons rouges, agrumes sultanes.

POLYCLINIQUE DE L'EUROPE, SAINT NAZAIRE (44)



Fil vert n°1

8 DÉCEMBRE 2015

Changeons d'attitudes pour ne pas changer de climat !

Nos métiers sont nobles, et nous avons des responsabilités en termes d'exemplarité tant vis-à-vis de nos professionnels, que de nos patients, de nos fournisseurs et de la population en général. Les professionnels de santé ont un rôle capital à jouer. Alors oui, changeons d'attitudes pour ne pas changer de climat !

SÉGOLÈNE BENHAMOU,

PRÉSIDENTE DE LA FHP-MCO

OLIVIER TOMA, PRÉSIDENT DU C2DS

2300 repas servis avec un menu bas carbone à Toulouse

Pour affirmer leurs engagements, les cliniques mettaient en place un « menu bas carbone ». Les 2300 repas servis sont composés de produits locaux, respectueux de l'environnement (agriculture biologique ou raisonnée) et issus de filières Bleu-Blanc-Cœur, permettant de limiter l'impact carbone. Une réduction par exemple de 36 % de la production de gaz à effet de serre pour la clinique Pasteur et 39 % pour les cliniques Sarrus-Teinturiers et St Nicolas.

LES CLINIQUES PASTEUR, MÉDIPOLE GARONNE, SAINT EXUPÉRY, SARRUS TEINTURIERS/SAINT NICOLAS ET MONIÉ/MINIMES, TOULOUSE (31)

Faire ambulance commune

Depuis 2010, la Polyclinique du Parc Rambot à Aix-en-Provence, en partenariat avec la Fédération nationale des transporteurs sanitaires et l'Assurance maladie, organise un co-voiturage pour ses patients. La clinique atteint un taux de partage de 40 % pour les séances de chimiothérapie en croisant les horaires et les informations sur la circulation.

POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT, AIX-EN-PROVENCE (13)

A2L DTSU, l'éco-ambulancier

L'Hôpital Privé Nord Parisien embarque avec lui son prestataire de transport sanitaire dans sa démarche de développement durable. A2L DTSU est une entreprise labellisée ISO 14001, et ISO 26000 dès 2016. Etablissement et ambulanciers travaillent de concert pour organiser des transports partagés à destination des patients en dialyse et en radiothérapie.

HÔPITAL PRIVÉ NORD PARISIEN, SARCELLES (95)

Fil vert n°2

11 DÉCEMBRE 2015

Les cliniques MCO sont labellisées !

9 cliniques MCO, et 54 centres de dialyse sont labellisés ISO 14001. Cette norme mesure la maîtrise par l'organisation de ses impacts sur l'environnement. 85 % des établissements labellisés en France sont de statut privé. 9 établissements de santé privés MCO sont enregistrés EMAS. Un des deux seuls établissements sanitaires labellisés ISO 26000, est MCO privé.

SÉGOLÈNE BENHAMOU, PRÉSIDENTE DE LA FHP-MCO
OLIVIER TOMA, PRÉSIDENT DU C2DS



L'ARS Picardie est labellisée AFAQ 26000 !

Déjà certifiée ISO 9001 pour la veille sanitaire et labellisée Diversité pour sa politique RH, l'ARS Picardie est la seule agence engagée et évaluée pour sa contribution volontaire au développement durable. La norme ISO 26000 aborde l'organisme dans son fonctionnement interne, dans ses relations avec ses parties prenantes, avec son territoire et la société dans son ensemble. L'ARS a obtenu un niveau « progression ». Bravo !

La Polyclinique de Blois, une pionnière

Les résultats sont là : en 4 ans, le coût énergétique est passé de 30 euros/m²/an à 22 euros. Une réduction de 25 % ! « Nous avons lancé l'aventure dès 2008 et dès 2012, nous étions labellisés les premiers en France ISO 26000, la référence RSE. »

POLYCLINIQUE DE BLOIS, LA CHAUSSÉE-SAINT-VICTOR (41)

Economie de 40 000 euros par an d'énergie

La clinique, qui a mis en place de nombreuses actions climat, notamment sur le volet des déchets, réinvestit les gains réalisés dans l'achat d'équipements plus écologiques pour la climatisation et la ventilation, ou encore des pompes de circulation basse tension.

CLINIQUE DES CÈDRES, CORNEBARRIEU (31)

Les journées vertes

Une journée verte est une journée sans chauffage et sans climatisation ! « Il n'y a jamais plus de 10 degrés d'écart entre l'intérieur et l'extérieur, avec un seuil minimum naturellement en hiver. » Ce bâtiment récent (7 ans) a été bâti selon des principes HQE et bénéficie d'une double peau vitrée sur deux façades à l'est et au sud.

HÔPITAL PRIVÉ DE L'EST LYONNAIS, SAINT-PRIEST (69)

Un toit ensoleillé

Le toit du bâtiment nord accueille des panneaux solaires qui permettent de couvrir la consommation journalière de la clinique en eau chaude sanitaire, ce qui signifie une capacité de 9 000 litres par jour à 60°C. « Nous avons baissé notre consommation de gaz de 13 % alors que notre surface a augmenté de 2 000 m² entre 2013 et 2014. »

CLINIQUE CLÉMENTVILLE, MONTPELLIER (34)



Fil vert n°3

15 DÉCEMBRE 2015

Mesurer pour s'améliorer

L'hospitalisation privée est pionnière dans l'engagement d'une démarche de développement durable et est en marche pour atteindre les objectifs du Grenelle 2 à l'horizon 2020.

Les chiffres clés de la performance développement durable des établissements privés MCO.

Consommation énergétique :

- 110 kWh/journée d'hospitalisation
- 13 kg équivalent CO₂ énergie/journée d'hospitalisation

Consommation d'eau :

- 488 litres/journée d'hospitalisation (borne haute 1664, borne basse 130)

Tri des déchets :

- 13 filières de déchets (borne haute 49, borne basse 2)

Gaspillage alimentaire :

- 187 grammes de biodéchets par repas (0,50 centimes)
- 3 000 euros de pain par an sont jetés (établissement de 100 lits)

Sources : Observatoire de la performance développement durable de l'hospitalisation privée, FHP, 2015 ; Réquamip, C2DS, campagne de pesée de 113 établissements en Midi-Pyrénées, 2015

SÉGOLÈNE BENHAMOU, PRÉSIDENTE DE LA FHP-MCO
OLIVIER TOMA, PRÉSIDENT DU C2DS

Repenser le bio-nettoyage

L'engagement RSE de la Clinique du Pré se décline sur tous les volets d'une démarche de développement durable : mise en place de 21 filières de tri des déchets, politique de réduction des DASRI, tri de 100 % des biodéchets transformés ensuite en biogaz, etc. La clinique atteint 63 % de réduction des coûts en produits d'entretien, soit 17 000 €, et offre à 64 de ses employés deux poules dans le cadre de l'opération « Adoptezpoules ».

CLINIQUE DU PRÉ, LE MANS (72)

Moins 30 % de facture énergétique

Grâce à l'installation de pompes à chaleur et d'un système VMC à flux inverse avec récupération air chaud et air froid, la clinique a réalisé une économie de 30 % sur la facture énergétique. Par ailleurs, 90 % des biodéchets sont recyclés en compost, et les eaux de pluie récupérées arrosent les espaces verts.

CLINIQUE SAINT GEORGE, NICE (06)

Recycler son énergie réactive

La clinique utilise son énergie réactive, non utilisable directement (30 %) qui compose l'électricité, avec l'énergie active directement utilisable par les appareils électriques (70 %). Un investissement de 15 000 euros sur une facture annuelle s'élevant à plus de 20 000 euros, rentabilisé en 8 mois !

PÔLE SANTÉ RÉPUBLIQUE, CLERMONT-FERRAND (63)

Vers des achats hospitaliers responsables

L'indice vert de la CAHPP apprécie le degré d'engagement des 500 industriels et prestataires référencés par la centrale, d'un point de vue social, environnemental et économique. La CAHPP affiche depuis 2013 dans ses catalogues un indice millésimé : A, A+, A++. Elle a par ailleurs obtenu fin 2014, l'évaluation AFAQ dans la catégorie responsabilité sociétale des entreprises (RSE) achats responsables, issue de ISO 26000 et délivrée par l'AFNOR.



Fil vert n°4

18 DÉCEMBRE 2015

Un accélérateur de particules

Les 195 pays du monde ont signé samedi dernier un accord qui limite la hausse du mercure à 1,5 degré. Cet accord « est différencié, juste, durable, dynamique, équilibré et juridiquement contraignant » a déclaré Laurent Fabius, président de la COP 21 et ministre des Affaires étrangères. Cet accord est historique, mais il faut désormais le traduire dans les actes. La COP 21 est un formidable accélérateur de particules en communiquant de l'énergie à chacune d'entre elles... que nous sommes.

SÉGOLÈNE BENHAMOU,

PRÉSIDENTE DE LA FHP-MCO

OLIVIER TOMA, PRÉSIDENT DU C2DS

113 établissements de santé pèsent leurs biodéchets en Midi-Pyrénées

Un établissement de 100 lits peut produire chaque année jusqu'à 23 tonnes de déchets alimentaires, ce qui correspond à une empreinte carbone de 8 tonnes équivalent CO₂. Les 113 établissements participants cumulent 1450 tonnes de gaspillage alimentaire, dont 81 tonnes de pain.

L'énergie qui vient du sous-sol

Les économies d'énergie attendues grâce à la pompe à chaleur géothermique installée sont de 1 575 MWh/an (soit 135 TEP/an). Cela signifie la réduction annuelle d'émissions de 264 tonnes d'équivalent CO₂. Les 40 028 m² de bâtiments certifiés HQE ont également obtenu le label Très haute performance énergétique (THPE).

PÔLE SANTÉ ORELIANCE, SARAN (45)

Un engagement inscrit dans le temps

Côté énergie, la clinique s'est mise à la biomasse, mais en réseau. Résultats : moins 20 % de CO₂ produit par le réseau chaleur. Par ailleurs, la clinique affiche des photographies de ses containers de déchets. Peu glamour mais efficace. Pour marquer les consciences, rien ne vaut le choc des images !

CLINIQUE DE L'ANJOU, ANGERS (49)

Des indicateurs et de la méthode

Le groupe Diaverum travaille méthodiquement et depuis plusieurs années à la réduction de l'impact environnemental de son activité de dialyse. L'ensemble de ses 15 centres, y compris son siège, sont certifiés ISO 14001. Au niveau du groupe entre 2013 et 2015 : - 13 % de DASRI ; - 14 % de consommation d'eau, 440 litres en moyenne par séance d'hémodialyse (- 60 % sur son site pilote) ; - 8 % de consommation d'électricité (- 53 % sur son site pilote), - 0,29 g de DAOM par séance avec une moyenne nationale de 1,88 kg.

GRUPE DIAVERUM



Notre secteur traverse une période difficile, faite de contraintes budgétaires très fortes et de décisions politiques dogmatiques.
Ensemble, nous saurons rebondir.

Ségolène BENHAMOU

PRÉSIDENTE DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

**Fédération de l'Hospitalisation Privée
Médecine, Chirurgie, Obstétrique.
106, rue d'Amsterdam, 75009 Paris
Tél : 01 53 83 56 87 – Fax : 01 53 83 56 69
fhp-mco@fhp.fr
www.fhpmco.fr
twitter : @fhpmco**