



ENSEMBLE !

RAPPORT D'ACTIVITÉ DE LA FHP-MCO, 2016

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE



ENSEMBLE, C'EST POSSIBLE

Le rapport annuel de la FHP-MCO est l'occasion de mettre en relief les actions réalisées par votre syndicat « métier », qui représente, accompagne et défend jour après jour les 550 cliniques MCO.

ÉDITO

L'année 2016 demeure marquée par un dialogue difficile avec un gouvernement qui refuse de voir l'hospitalisation privée comme une partie de la solution et non du problème. Le grand soir de la reconnaissance de notre secteur et de l'équité de traitement avec nos pairs de l'hôpital public n'est pas arrivé. Pour autant, cela reste un objectif que nous ne quittons jamais des yeux et que nous poursuivons sans relâche.

Merci à tous les membres du Bureau et du Conseil d'administration, qui se sont impliqués et ont été force de proposition malgré les difficultés rencontrées.

Merci aux collaborateurs de la FHP-MCO, qui constituent une équipe resserrée, solide, rompue aux sujets techniques, pilotée par notre délégué général Thierry Béchu.

L'année 2017 vient clore un plan triennal d'économies qui a fortement impacté nos différentes activités, seule l'obstétrique ayant été épargnée. Demain sera donc une grande page blanche, tant sur le plan politique qu'économique. Les sujets d'inquiétude sont nombreux, mais ils ont rapproché les trois syndicats de spécialité qui ont multiplié les actions communes.

Ensemble, nous serons plus forts pour écrire notre avenir.

Ségolène Benhamou

Présidente de la FHP-MCO



PAGE 14

**UN SERVICE ADHÉRENT DE QUALITÉ,
ENSEMBLE, NOUS SOMMES EFFICACES**

PAGE 35

**TRANSPARENCE ET ÉQUITÉ,
ENSEMBLE, NOUS Y VEILLONS !**

PAGE 41

**FINANCEMENT JUSTE,
ENSEMBLE, NOUS SOMMES PUISSANTS**

PAGE 53

**MUTATION RESPONSABLE,
ENSEMBLE, NOUS SOMMES INNOVANTS**

PAGE 58

**PARTIES PRENANTES,
ENSEMBLE, NOUS SOMMES
RESPONSABLES**

PAGE 67

**RETOUR SUR...
ENSEMBLE, TOUTE L'ANNÉE**

Rapport d'activité FHP-MCO 2016.

Rédaction : services FHP-MCO et BVM Communication.

Crédits : Shutterstock, iStock, Franck Dunouau, Cocktail Santé, DR.

Maquette : BVM Communication – mai 2017.

Imprimé en France.

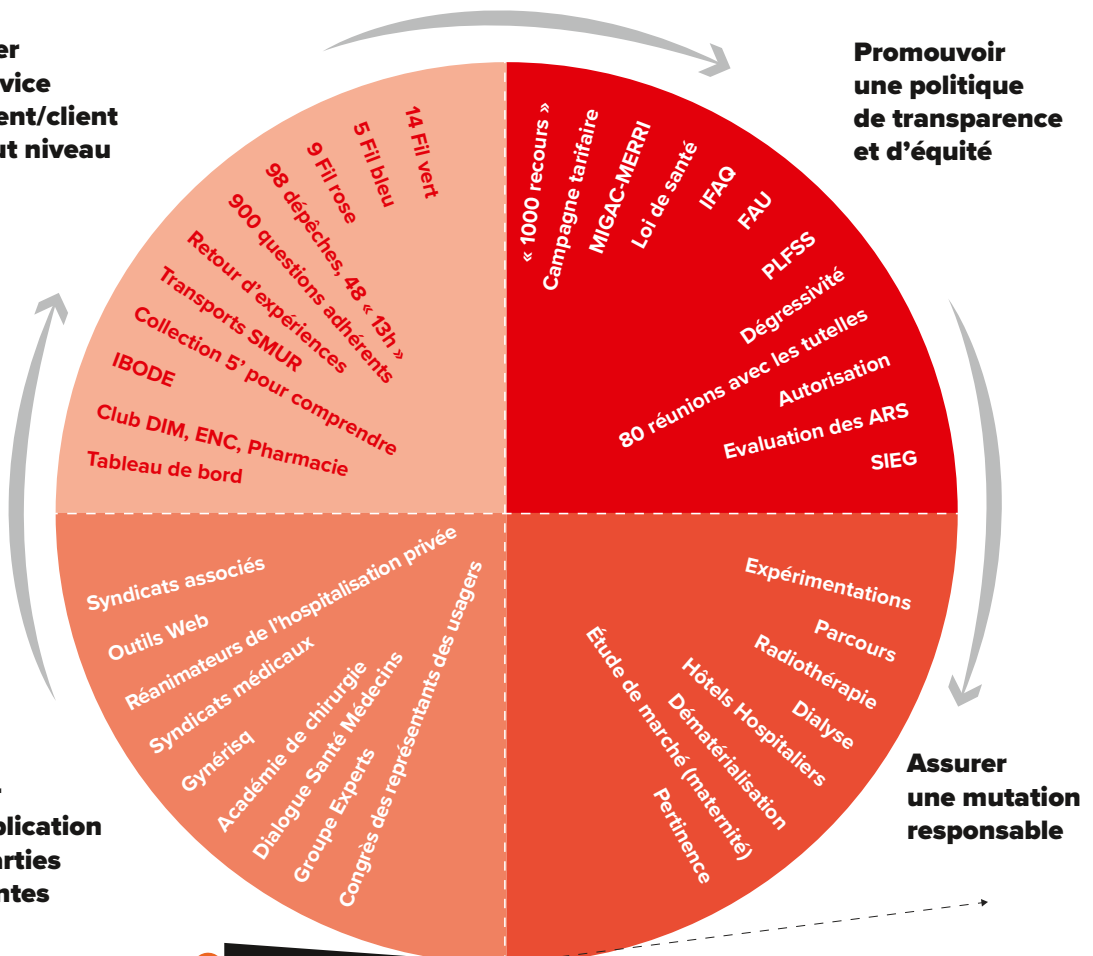
LES DOSSIERS 2016

Une quarantaine de dossiers nous occupent en permanence. Ils sont chaînés et nous les menons parfois de front. Ils représentent chacun un maillon de la mission que vous nous confiez ; défendre et développer l'hospitalisation privée MCO. À l'instar des établissements de santé, la structure FHP-MCO s'inscrit dans une démarche qualité. L'esprit de cette « roue syndicale » inspirée de celle de Deming nous anime.

La roue syndicale, une marche en avant

Assurer un service adhérent/client de haut niveau

Promouvoir une politique de transparence et d'équité



FHP-MCO

Plus de **6,5** millions de séjours

63 000

lits et places au sein des
590 établissements MCO

124

services d'urgences

2,6

millions de patients
accueillis en urgence

25 %

des patients CMU,
CMUC, AME

33 200

médecins exercent
au sein des cliniques
et hôpitaux privés

78 000

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

26 %

des parts de marché
de l'offre MCO

Médecine

2,6

millions de séjours
en médecine

Chirurgie

3,6

millions de séjours
en chirurgie

55 %

des séjours chirurgicaux

65 %

de la chirurgie ambulatoire

Obstétrique

22 %

des prises en charge
des grossesses et de
l'accouchement

Cancérologie

40 %

de la chirurgie carcinologique
soumise à seuil

30 %

des séances de chimiothérapie

**Insuffisance
rénale
chronique**

**2,4
millions**

de séances d'hémodialyse,
soit 37 % des 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 OPÉRATOIRE

92,7 % des cliniques 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).



DISPOSER DE VALEURS COMMUNES EST NOTRE FORCE !

Les valeurs communes à notre secteur nous permettent de former une seule entité 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.

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.

LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

C'est une préoccupation de tous les instants dans l'intérêt bien 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).

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 (restructurations des dernières décennies), aux

évolutions du secteur (développement de la chirurgie ambulatoire dès les années 90 qui se poursuit avec une nouvelle vague de pratiques médicales), aux progrès technologiques (développement de la coelochirurgie, utilisation de robots 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.

L'EFFICIENCE

Le différentiel tarifaire toujours inacceptable de 21 % entre les secteurs public et privé rappelle à chacun notre nécessaire efficacité. N'émargeant qu'à 1,6 % de l'enveloppe MIGAC, 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 !

ACCUEIL ET ACCESSIBILITÉ

Nous prenons en charge des missions de service public, et à ce titre, plus de 2,6 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). Notre secteur accueille 350 000 patients « lourds » en chirurgie, correspondant à 40 % de parts de marché.

ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ET DE LA FAMILLE

Nous accueillons 22 % des patients en soins palliatifs et 40 % de la chirurgie carcinologique soumise à seuil. 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.



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, hôpitaux de proximité, participation à la permanence de soins, formation des internes, plan cancer 3, etc.).

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.

DES ADHÉRENTS ÉLUS POUR DÉFENDRE LA PROFESSION

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



**Ségolène
BENHAMOU**
Présidente



**Jean-Marc
FRÉNÉHARD**



**Dr Dominique
POELS**
Vice-président



**Marie-France
GAUCHER**



**Pascal
DELUBAC**
Secrétaire général



**Laurent
RAMON**



**Jean-Daniel
SIMON**
Trésorier



**Paolo
SILVANO**



**Dr Marc
ATTIA**



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



**Delphine
DUPÉ**



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

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Christophe ALFANDARI
Romain AURIAC
Dr Christophe BAILLET
Gérard BARON
Olivier BENETON
Isabelle BIELLI-NADEAU
Dominique BOULANGÉ
Philippe CARBONEL
Nicolas CHAMP
Julien COULON
Dr Ange CUCCHI
Stephan DE BUTLER
Pierre DE VILLETTE
Aimery DELEFLIE
Fabrice DERBIAS
Christine DERMER
Danièle DEVAUCHELLE
Jean-Luc DUBOIS
Isabelle DUMONT DA SILVA
Frédérique GAMA
Jean-Henri GAUTIER
Hervé GOURGOUILLON
Maylis GUIGUEN
Samuel KOWALCZYK
Vincent LACOMBE
Philippe LEVACHER
Stéphane LOCRET

Dr Anne MALLET
Pierre MALTERRE
Bruno MARIE
Mathias MARTIN
Sébastien MOUNIER
Henri NAGAPIN
Yves NOËL
Dominique PON
Dr Max PONSEILLÉ
Claire RAVIER
Christophe REGNIEZ
Gérard REYSEGUIER
Yvan SAUMET
Dr Philippe SOUCHOIS
Nicolas VALENTIN
Olivier VERRIEZ
Patrick WISNIEWSKI

Lamine GHARBI
Président FHP
Elisabeth TOMÉ GERTHEINRICHS
Déléguée générale FHP

INTERVENANTS AUX RÉUNIONS FHP-MCO 2016

Maître Thierry DUGAST, avocat, Saint Louis
Avocats, Paris

Oliver TOMA, fondateur du C2DS et PDG de
l'agence Primum Non Nocere

Gilbert BORG, commissaire aux comptes

Sophie AT, expert comptable

Luc BARTHÉLÉMY, directeur d'Études Santé,
IPSOS

Dr Annie FOUARD, responsable département
hospitalisation, CNAMTS

Anthony GEREST, manager, KPMG

Julie HENNES, digital research director, IPSOS

SYNDICAT PARTENAIRE AFC-UNHPC

DÉFENDRE, ACCOMPAGNER, DÉVELOPPER

Avec la prise en charge de 52 % des radiothérapies et 45,2 % de la chirurgie carcinologique, les 500 établissements de santé privés autorisés en oncologie et leurs praticiens libéraux sont incontournables. « 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 », rappelle avec force le Dr Denis Franck, président de l'AFC-UNHPC.

LES TEMPS FORTS DE L'ANNÉE 2016

Le syndicat a particulièrement œuvré au développement de la recherche clinique, en aidant les établissements de santé privés à devenir des acteurs forts de la recherche. Pour ce faire, l'AFC-UNHPC a lancé un grand projet de recensement des protocoles de recherche en cours dans le secteur privé ainsi que des publications.

Par ailleurs, les actions avec les anatomopathologistes se sont poursuivies, en particulier concernant la situation préoccupante des files actives des patients faisant confiance au secteur libéral et privé. Si, en 2016, la possibilité est enfin donnée à certains tests de biologie moléculaire d'être rémunérés, ils ne sont pas toujours inscrits dans la nomenclature de l'Assurance maladie. De plus, ces financements, sous forme d'une allocation MERRI, ne peuvent être perçus que par les établissements de santé. Fin 2016, nous

étions toujours en attente d'une convention type entre les cabinets d'ACP et les établissements, convention promise par la DGOS depuis le début de l'année.

Les négociations avec la DSS et la DGOS sur la gestion des produits de la liste en sus ont été longues avec, entre autres, le retrait partiel de l'Avastin. Nous assistons à l'affrontement de deux visions : une complexification de tous les systèmes de financement par les tutelles d'une part, et la mise en œuvre de mesures dont les économies espérées ne sont pas flagrantes d'autre part, comme l'exemple des 40 euros soustraits des GHS de chimiothérapie dès lors qu'un produit de la liste en sus est prescrit.

Enfin, la profession des oncologues radiothérapeutes proposait en 2015 à la DGOS une méthode de hiérarchisation des actes prenant en compte les aspects techniques et humains de ce métier. L'objectif annoncé dès la LFSS 2014 était de faire évoluer le système de tarification de la radiothérapie sous forme de forfait. Sur ce dossier, 2016 a été une année blanche. Un recueil à blanc reprenant les propositions du SNRO et de la SFRO devrait être rédigé en 2017.



Dr Denis Franck
président de l'AFC-UNHPC



Dr Anne Mallet
secrétaire national de
l'AFC-UNHPC

81
questions
d'adhérents
et réponses
circonscrites

367
mails
d'information

52
revues de presse

30
bulletins « En
cancérologie
cette semaine »

13
« Actus
AFC-UNHPC »

VIE SYNDICALE

UN SYNDICAT EN SYNERGIE AVEC SES PARTIES PRENANTES

L'AFC-UNHPC se donne tout d'abord les moyens d'un fonctionnement démocratique, transparent et réactif. Dans cet esprit, le bureau de l'AFC-UNHPC s'est réuni 10 fois en 2016 pour faire le point sur l'actualité mensuelle et agir rapidement.

Ensuite, le syndicat porte la parole de la cancérologie au sein des instances partenariales. Il était ainsi présent aux réunions fédérales de l'hospitalisation privée, participant à 10 Comex de la FHP, 7 bureaux, 3 conseils d'administration et 1 séminaire stratégique de la FHP-MCO, 8 réunions des délégués régionaux FHP, 4 réunions du CLAHP, 6 commissions juridiques, 4 commissions relative à la HAD, 4 comités de direction du BAQIMEHP et est enfin intervenu à des assemblées générales de FHP régionales. Le syndicat est tout autant présent aux rendez-vous du Syndicat national des radiothérapeutes oncologues (SNRO), participant à l'assemblée générale et à 4 réunions du bureau.

Par ailleurs, l'AFC-UNHPC participe activement aux grands événements de la profession, tels que l'Université d'été de la FHP, le Congrès des représentants des usagers organisé par la FHP-MCO, ou encore les Rencontres de la cancérologie française (RCFr).

FINANCEMENT, GOUVERNANCE

LA PAROLE DE LA CANCÉROLOGIE PRIVÉE PORTÉE AUPRÈS DES TUTELLES

Les réunions plénières qui associent les fédérations hospitalières et l'INCA sont désormais bien installées. Elles permettent de faire le point sur les réflexions menées par les groupes de travail sur les sujets de la RCP, la radiothérapie, les seuils. Ces groupes de travail fonctionnent en effet dans un premier temps avec des experts *intuitu personae* et pas les parties prenantes. L'INCA y présente également ses projets comme ceux d'intégrer

systématiquement l'arrêt du tabac à la prise en charge de tous les cancers, ou l'évaluation des recommandations en cancérologie. Ces réunions sont toujours précédées d'une réunion bilatérale qui permet de faire remonter tous les sujets, comme la mise en œuvre pratique du retrait partiel de l'Avastin, ou les difficultés rencontrées par les adhérents sur le terrain.

L'AFC-UNHPC mène avec la DGOS des travaux sur la reconnaissance de nouveaux métiers de la cancérologie. En 2016, le métier de physicien médical était ainsi reconnu. Par ailleurs, les référentiels de formation pour les dosimétristes et les physiciens sont encore en cours d'élaboration.

Plusieurs réunions de co-pilotage (COPIL) se sont tenues avec la DGOS sur le projet d'évolution de la tarification en radiothérapie, assorties de nombreuses réunions techniques. La tutelle est très intéressée par la proposition des radiothérapeutes d'élaborer une grille de hiérarchisation des actes. Mais le nécessaire test à blanc de ce projet démarra en 2017.

Enfin, deux autres réunions avec la DGOS et des réunions techniques se sont tenues sur le dernier plan soins palliatifs, sans résultat concret pour l'instant.

COMMUNICATION ADHÉRENTS

DES FILS POUR NOUS RELIER

Parce que le dépistage est au cœur de la lutte contre le cancer, l'AFC-UNHPC a renouvelé en 2016 la production commune avec la FHP-MCO de 9 numéros du *Fil rose* et 5 numéros du *Fil bleu*, newsletters diffusées largement auprès des établissements à l'occasion des campagnes nationales de dépistage du cancer du sein et du côlon, respectivement *Octobre Rose* et *Mars Bleu*. Au total près de 90 tribunes ont été offertes aux établissements de santé privés en cancérologie qui rivalisent d'originalité et de constance dans leurs initiatives.

SYNDICAT PARTENAIRE FHP-DIALYSE

RELATION TUTELLES

UN RECADRAGE NÉCESSAIRE

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCCAM) « Innovation et système de santé » contenait une monographie sur la Dialyse sur laquelle la FHP-Dialyse a rédigé une série de remarques. Elle a insisté sur le fait que les patients dialysés sont désormais plus âgés, plus dépendants et souvent poly pathologiques. Ceci explique le fait qu'ils aient besoin d'un accompagnement dans des structures dites « lourdes » telles que les centres d'hémodialyse ou les unités de dialyse médicalisées. Elle a également renouvelé à cette occasion sa demande d'évolution des normes réglementaires d'autorisation afin que des normes de compétence, de qualité et de soins soient substituées aux normes de moyens qui prévalent actuellement. Le syndicat est favorable au fait que le promoteur puisse disposer d'une seule autorisation pour le traitement des insuffisants rénaux, qui lui permette ensuite de proposer les modalités de prise en charge les plus adaptées à l'état des patients. Elle s'est aussi exprimée sur la proposition de création d'un forfait unique pour financer les séjours de dialyse en indiquant qu'il faudrait préalablement en définir le périmètre, notamment dans le cadre du développement des parcours de soins. La FHP-Dialyse a en outre réagi aux perspectives d'innovations technologiques sur les générateurs de dialyse. Elle a alors rappelé que certaines techniques d'épuration rénale sont plébiscitées par la profession et ne sont pas nécessairement compatibles avec l'objectif de miniaturisation en vue d'un développement des traitements au domicile du patient. Enfin, elle s'est inscrite en faux

contre certains préjugés. Elle a ainsi rappelé que, contrairement à ce qui est indiqué dans le rapport, les gestionnaires de structures ne peuvent pas orienter de manière privilégiée les patients vers les centres lourds car il s'agit là d'une décision prise par le médecin qui suit le patient.

LA FHP-DIALYSE EN CHIFFRES LE CONSEIL D'ADMINISTRATION S'EST RÉUNI 4 FOIS

La FHP-Dialyse porte la parole de la dialyse au sein des instances partenaires – FHP : 10 Comex, FHP-MCO : 7 bureaux, 3 conseils d'administration, 1 séminaire stratégique – et lors des grands événements de la profession. La FHP-Dialyse travaille avec une vingtaine de parties prenantes institutionnelles, médicales, associatives, etc.



« Demain nous, acteurs responsables, mobilisés avec les patients et les pouvoirs publics, voulons reprendre les rôles de notre métier ! Vous êtes partants ? »

Dr Gilles Schutz
président de la FHP-Dialyse

FINANCEMENT

ÉTUDES ET SIMULATIONS

Accompagnée par le cabinet d'audit KPMG, la FHP-Dialyse, a suivi en 2016 les travaux de l'ENC dialyse auxquels plusieurs établissements contribuent en tant qu'établissements expérimentateurs. Une journée de formation organisée par l'ATIH en juillet a ainsi permis de travailler sur les outils d'adaptation de la démarche ENC aux spécificités de fonctionnement des centres de dialyse privés.

Par ailleurs, la FHP-Dialyse a mené une étude sur les impacts du SIEG sur les structures de dialyse, également en lien avec le cabinet d'audit KPMG.

Enfin, la FHP-Dialyse a suivi les propositions faites en vue de l'expérimentation d'un parcours de soins en dialyse. Après une diffusion des conditions réglementaires via une dépêche FHP-MCO, elle a sollicité les régions expérimentatrices du parcours de soins sur les projets de cahiers des charges proposés et a adressé ces remarques au ministère, qui la sollicitait sur ce sujet. Elle reste vigilante sur la mise en place de ces parcours et regrette qu'aucun accompagnement financier spécifique ne soit pour l'instant prévu.

GOVERNANCE SYNDICALE

UNE ALLIANCE POUR LE REIN

Les représentants de la FHP-Dialyse se sont régulièrement réunis avec les représentants du Syndicat des néphrologues libéraux (SNL) afin d'évoquer leurs problématiques communes, notamment la campagne tarifaire baissière sur cette activité, tout particulièrement sur la dialyse en centre. Ces échanges, ainsi que ceux noués avec d'autres partenaires, ont conduit la FHP-Dialyse à co-organiser le 21 juin, avec le SNL, une journée thématique. À cette occasion elle a créé avec la Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux (FNAIR), la Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation (SFNDT) et le Syndicat des néphrologues libéraux (SNL), une alliance pour le rein afin de formuler des propositions aux pouvoirs publics concernant la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et son financement.

REGISTRE DU REIN

DISPOSER DE SES DONNÉES

L'année 2016 a été l'occasion de mener une série d'actions en faveur des structures de dialyse. La FHP-Dialyse a vivement réagi aux communications de l'association de patients Renaloo qui souhaitait l'ouverture des données du registre Rein, afin de demander, par communiqué de presse en mars dernier, que les structures de dialyse puissent avoir un retour par établissement des données les concernant.

MÉDICAMENT

A PROPOS DU NEORECORMON

Une rupture d'approvisionnement d'un médicament indispensable à la réalisation des séances de dialyse, le Neorecormon, a également amené les adhérents de la FHP-Dialyse à se mobiliser pour obtenir des éclaircissements et un retour rapide à la normale. Dans ce cadre, le Dr Gilles Schutz, président de la FHP-Dialyse, a adressé un courrier au laboratoire fournisseur pour obtenir des explications et trouver des solutions adaptées pour les patients. Cette situation s'est heureusement rapidement résorbée et un retour à la normale a été constaté dans les mois qui ont suivi.

COMMUNICATION ADHÉRENTS INFODIALYSE, POUR DIALOGUER

Edito du président pour donner le ton syndical, point sur les grands dossiers et reportages sur site composent la newsletter Infodialyse envoyée deux fois par an aux adhérents.

UN SERVICE ADHÉRENT DE QUALITÉ, ENSEMBLE, NOUS SOMMES EFFICACES

Les équipes élu(e)s et de permanent(e)s travaillent sans relâche pour vous informer et anticiper les écueils qui guettent la profession, afin de lui offrir une longueur d'avance.





DES PERMANENT(E)S EN SYNERGIE !

Pôle juridique, expertise médicale, pôle économique, secrétariat général, ils sont 8 au service des adhérents. Ils 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



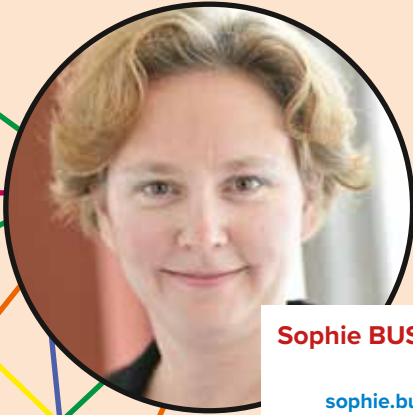
Audrey SERIN
Secrétaire
audrey.serin.mco@fhp.fr
01 82 73 10 45



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

TARIFICATION

LA FACTURATION DES TRANSPORTS SMUR

Depuis 2014, la FHP MCO a été régulièrement sollicitée par des établissements de santé privés qui rencontraient des difficultés dans la facturation des transports définitifs réalisés par les SMUR. Les hôpitaux, sièges de ces SMUR, essentiellement les CHU, refusaient d'assumer la charge financière de ces transports en objectant que leur dotation MIG ne permettait pas de couvrir ces frais. Ils adressaient alors les factures de ces frais aux cliniques pour en exiger le règlement en invoquant le fait que la réglementation avait évolué et que son interprétation était douteuse. Un conflit, parfois très dur, s'en est suivi dans de nombreuses régions, les hôpitaux ayant recours à des moyens juridiques éminemment contestables, prenant ainsi les cliniques en otage de leur conflit avec le ministère pour obtenir la revalorisation de leur dotation. En utilisant tous les moyens que leur conférait le recours au trésorier payeur général pour obtenir le recouvrement souvent forcé des titres de paiement, les hôpitaux n'ont eu de cesse d'adresser des titres exécutoires aux établissements de santé privés. Un certain nombre de cliniques et hôpitaux privés ont reçu des oppositions à tiers détenteur, c'est-à-dire la saisie des sommes sur leur compte bancaire, qui les ont obligés à saisir le juge administratif pour faire cesser ces poursuites et faire valoir leur bon droit.

La FHP-MCO a constamment demandé, au cours des différentes réunions auxquelles elle a participé, une résolution de ce différend et a répondu aux nombreux appels des directeurs d'établissements. L'année 2016 a vu des avancées significatives qui se sont concrétisées début 2017. L'arrêt très attendu du Conseil d'État a confirmé notre analyse en donnant raison aux établissements de santé privés. La FHP-MCO accompagne désormais les établissements sur la gestion du « stock » de factures antérieures à cet arrêt afin de leur éviter d'avoir à les régler. Enfin, à compter du 1er mars 2017, dans le cadre de la campagne tarifaire annuelle, les règles de facturation des transports sanitaires évoluent. Tous les transports, qu'ils soient primaires ou secondaires, sont désormais pris en charge dans le cadre de la MIG « aide médicale urgente » perçue par l'hôpital qui en dispose.

9

dépêches
ont été
produites
sur la
facturation
des
transports
SMUR

JURIDIQUE

ARRÊT DU CONSEIL D'ÉTAT DU 8 FÉVRIER 2017

Les frais de transport au titre de l'aide médicale urgente relèvent nécessairement « d'un financement par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, mentionnée aux articles L. 162-22-13 et D. 162-6 du Code de la sécurité sociale, au titre de l'aide médicale urgente ».

TARIFICATION

VOS RETOURS D'EXPÉRIENCES POUR FAIRE BOUGER LES LIGNES

Depuis plusieurs années, la FHP-MCO produit un document intitulé « Anomalies de groupage et/ou tarification », transmis à l'ATIH et à la DGOS, consacré aux retours d'expériences des professionnels (médecins DIM, directeurs).

Le travail, effectué avec l'appui du groupe expert « évolution de la classification des GHM », consiste en la maintenance et la mise à jour de ce document : traitement

des nouvelles demandes, vérification de la pertinence du maintien des demandes antérieures, hiérarchisation de ces retours. Ces retours d'expériences ont permis de faire bouger quelques lignes dans les campagnes tarifaires de 2016 et 2017. La création en 2016 d'un GHS majoré pour les prises en charge en chirurgie ophtalmologique associant un geste de traitement d'une pathologie de la rétine et le traitement chirurgical d'une cataracte, et l'élargissement en 2017 de la liste des actes permettant la facturation de ce GHS majoré, en sont des exemples.

En 2017, la création du supplément défibrillateur cardiaque (SDC) pour la situation de pose d'un défibrillateur au décours d'une chirurgie cardiaque fait suite à une alerte de la FHP-MCO répétée depuis plusieurs années et issue de ses retours terrain.



DATAS

DES TABLEAUX DE BORD POUR SE BENCHMARKER

Nous exploitons quotidiennement les bases PMSI pour répondre à vos demandes ou organiser des retours sous forme de tableaux de bord. Nos tableaux sont des bilans d'activité présentant des indicateurs de performance.

Cette année, deux envois ont été effectués. Le premier concernait les évolutions tarifaires de la campagne 2016 et le deuxième recensait les données de chirurgie en ambulatoire (gestes marqueurs de la CNAMTS, liste des GHM retenus par l'IGAS/IGF/DGOS, etc.).

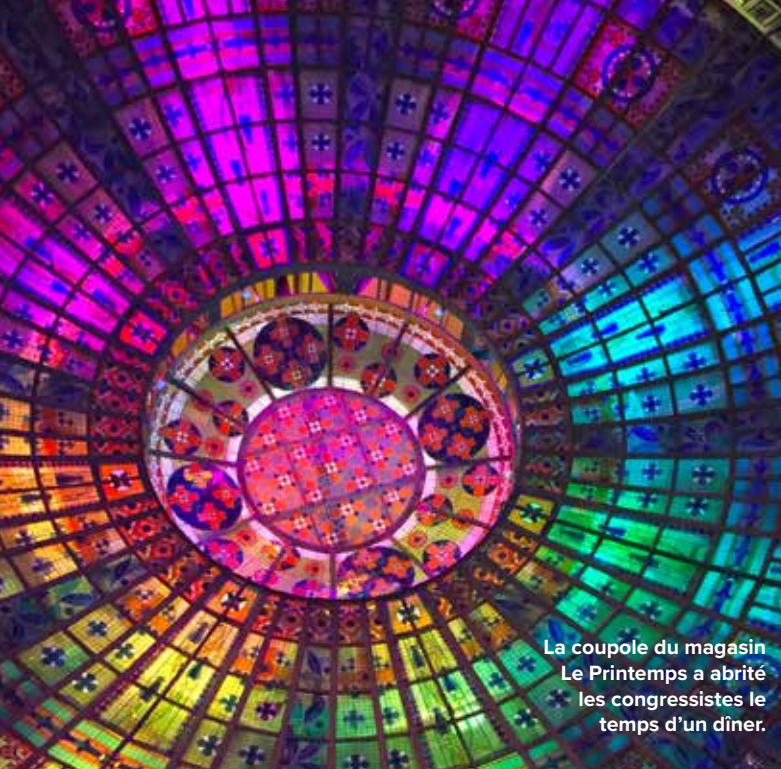
Ces travaux permettent la réalisation d'un benchmark individualisé pour chaque établissement afin d'apprécier son positionnement par rapport aux autres établissements de sa région et de sa catégorie juridique. Ces données sont transmises aux directions d'établissement. Nous vous invitons à faire remonter vos besoins auprès de thibault.georgin.mco@fhp.fr !

PUBLICATION

SAVOIR EN 5 MIN

Les dossiers deviennent de plus en plus complexes et le temps manque à chacun pour en comprendre les enjeux et les impacts sur les établissements de soins. La loi de modernisation du système de santé a été le déclencheur en 2015 pour créer une collection de supports appelée *5 min pour comprendre*. L'objectif est, en 5 minutes, de cerner une problématique et de disposer d'une vision globale. Ce cadre offre une lecture éclairée de supports de communication complémentaires, notamment les dépêches techniques, qui apportent un focus sur un ou des points particuliers. Deux numéros de *5 min pour comprendre* ont été édités en 2016 : *La loi de santé en pratique* ; *La campagne tarifaire*.





La coupole du magasin
Le Printemps a abrité
les congressistes le
temps d'un dîner.



COMMUNICATION ADHÉRENTS

LA CONVENTION ANNUELLE DE LA FHP-MCO, LE CŒUR BATTANT DU SYNDICAT

Une fois l'an, la FHP-MCO, votre syndicat métier, vous accueille pour la convention du secteur MCO durant laquelle se tient l'assemblée générale. Ce rendez-vous obligatoire de la vie démocratique de toute organisation est surtout l'occasion de vous rendre des comptes sur les moyens mis en œuvre pour vous défendre, de présenter les résultats obtenus, et enfin de re-convoquer votre confiance.

Par ailleurs, c'est un moment pour faire le point sur les dossiers qui marquent votre actualité, et de prendre le temps de donner de la visibilité au management de votre établissement, notamment avec l'organisation de tables rondes.

Enfin, l'exercice du manager de clinique étant souvent isolé, en particulier au sein des établissements indépendants, échanger avec ses pairs est indispensable. L'équipe de la FHP-MCO prend un soin particulier à créer les environnements conviviaux nécessaires à ces moments de partage.



MÉTIER

ÉVOLUTION DES COMPÉTENCES DES IBODE

Depuis la publication en janvier 2015 du décret permettant l'accès des infirmiers de bloc opératoire (IBODE) à de nouveaux actes et activités qu'ils exercent en exclusivité, la FHP-MCO s'est beaucoup mobilisée sur ce sujet. En effet, ce texte posait une série de difficultés liées à la fois à son impact sur les aides-opérateurs non IBODE qui interviennent au bloc opératoire et à son application à effet immédiat sur le fonctionnement des blocs, qui devait correspondre sans délais à la situation décrite dans le décret au jour de sa publication, le 29 janvier 2015. Ceci, alors même que de nombreux blocs opératoires n'étaient pas organisés de cette façon à cette date et qu'une formation complémentaire de 49 h était exigée pour les IBODE actuellement en poste.

L'Union des chirurgiens de France (UCDF) a contesté ce décret et ses arrêtés d'application devant le Conseil d'État pour lui en demander l'annulation pour excès de pouvoir. Ce dernier a décidé le 7 décembre 2016 que les dispositions qui réservent aux IBODE les actes d'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration au cours d'une intervention chirurgicale ne seront applicables qu'à compter du 31 décembre 2017. Il a également précisé que les aides-opérateurs et instrumentistes qui bénéficient d'un agrément conformément à l'article L4311-13 du Code de la santé publique (agrément issu de la loi du 27 juillet 1999, dite loi CMU) ne sont pas concernés par le décret du 27 janvier 2015. Il s'agit là d'assouplissements, certes limités, mais néanmoins appréciables pour la profession.

Pour sa part, la FHP-MCO n'a pas attendu cet arrêt pour demander au ministère des mesures d'aménagement du dispositif sur les actes exclusifs des IBODE. Elle lui a adressé courant juillet 2016 un argumentaire dans lequel elle lui demandait un dispositif transitoire assorti d'un délai de mise en œuvre et d'un accompagnement contractuel et financier des établissements. Ceci afin d'organiser au mieux le départ en formation des

personnels dans des conditions de sécurité au bloc opératoire satisfaisantes et avec un accompagnement financier du surcoût occasionné pour les structures concernées. Les échanges avec le ministère sur ce sujet sont en cours et nous espérons que ces demandes pourront être prises en compte.



COMMUNICATION ADHÉRENTS

LES DÉPÊCHES : VOTRE SUPPORT MÉTIER

Les experts de la FHP-MCO préparent des dépêches économiques et juridiques au fil de l'actualité du secteur. Qu'il s'agisse d'alertes ou de fiches d'information technique, ces dépêches rythment votre management et celui de vos cadres. L'équipe MCO est extrêmement réactive car l'information qui impacte vos établissements n'attend pas. Les dépêches sont une ressource documentaire essentielle pour la profession.

98

dépêches publiées, à retrouver sur fhp-mco.fr

JURIDIQUE

25

dépêches

380

réponses juridiques apportées aux adhérents

6

fiches réflexes

ECONOMIQUE

75

dépêches

400

réponses économiques apportées aux adhérents

45

fiches réflexes

MÉDECIN CONSEIL

120

réponses apportées aux adhérents

27

fiches réflexes

COMMUNICATION ADHÉRENTS

LE 13H DU LUNDI

Le 13h est devenu au fil de ses huit années d'existence une publication digitale historique de la FHP-MCO. Cette newsletter demeure le lien hebdomadaire entre les établissements de santé privés MCO et l'équipe syndicale.

Le billet de la présidente donne le ton, puis suivent trois ou quatre informations qui vous concernent au premier chef et qui ont marqué la semaine. Enfin, nous surfons sur l'actualité et donnons la parole à un manager ou décideur en santé institutionnel, économique, technique.

Le 13h se donne la liberté d'ouvrir sa page à une région ou encore de faire le point sur des innovations en e-santé.

COMMUNICATION ADHÉRENTS

DES FILS DE COULEUR

En 2016, la FHP-MCO a poursuivi l'édition des newsletters *Fil rose*, *Fil bleu*, *Fil vert* pour tisser une relation de proximité et de confiance avec ses adhérents. Neuf numéros du *Fil rose*, co-produits avec l'AFC-UNHPC, ont été publiés à l'occasion de la campagne nationale de lutte contre le cancer du sein. Outre une parole politique portée par les deux présidents sur les chiffres et, les enjeux de la maladie et sa prévention, les initiatives de 68 établissements MCO ont été exposées. Les Fils deviennent bleus pour promouvoir la campagne de lutte contre le cancer colorectal. 19 établissements racontaient leurs initiatives courageuses pour combattre les tabous du cancer et du côlon. Le *Fil vert* est devenu mensuel en 2016, pour rappeler que les établissements privés MCO sont souvent leaders en termes d'initiatives en développement durable. *Roses*, *bleus* ou *verts*, ces *Fils* sont une véritable banque d'idées à l'initiative des équipes de terrain et duplicables par tous. Ils sont le miroir de vos réalisations et de vos engagements.

MÉDECINE ET CANCÉROLOGIE

UN TOUR DE FRANCE EN VIDÉO DES TALENTS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

Après une série de reportages vidéo sur les services de maternités privées réalisés en 2014, puis sur ceux de chirurgie et des urgences en 2015, deux nouvelles séries sur l'activité de médecine d'une part et de cancérologie d'autre part ont été réalisées en 2016. Notre équipe s'est engagée dans un véritable tour de France, micro et caméra en main pour enregistrer des professionnels de terrain. Chaque clinique visitée décrit une compétence particulière, dans laquelle elle s'illustre, de l'activité de médecine ou de cancérologie. Colligés, ces reportages composent l'image d'une hospitalisation privée experte, ouverte à tout(e)s et innovante.

Ces reportages, à l'attention des professionnels de santé, sont diffusés sur les supports numériques du syndicat, à l'occasion d'évènements ou encore de rendez-vous avec nos parties prenantes.

BVM communication produit l'ensemble des publications print et des vidéos de la FHP-MCO. Ces contenus sont ensuite déployés sur la toile. Beangels gère les outils numériques.

PUBLICATION

DES DATA POUR DÉCRYPTER LE SECTEUR

À l'heure des *fake news* et de la désinformation, la FHP-MCO a souhaité revenir aux fondamentaux : des données solides et sourcées. Agrégées par les experts du syndicat, elles viennent en soutien d'argumentaires défensifs ou proactifs déployés en direction des parties prenantes. Ces données enrichissent les supports de communication pour informer de façon sérieuse sur les réalités de l'activité MCO de l'hospitalisation privée. En format de poche, cette trentaine de pages sur un sujet est devenue indispensable. Un premier *Data* dédié à l'activité de la naissance a été publié en 2016.



IFAQ**UNE JOURNÉE IFAQ RÉUSSIE**

Devant le succès de la première édition, une deuxième journée IFAQ était organisée en 2016 avec l'objectif d'aider à la compréhension du score, ainsi qu'à la transparence et à la lisibilité du/des modèle(s) IFAQ. Plus de 120 adhérents FHP-MCO (principalement des directeurs d'établissement et des responsables qualité) étaient présents à cette journée d'information. Nous tenons à leur renouveler nos remerciements pour l'intérêt qu'ils ont témoigné pour ce rendez-vous.

Cette journée a été consacrée à la présentation des enjeux et des modèles IFAQ 2 et leur généralisation, en présence de représentants de la DGOS, de la HAS et de COMPAQ-HPST. Deux tables rondes étaient organisées pour exposer des retours d'expériences d'établissements expérimentateurs et permettre aux fédérations de s'exprimer sur la généralisation.

**CONTRÔLES****ACCOMPAGNER LES ADHÉRENTS LORS DES CONTRÔLES T2A**

Après l'expérimentation menée en 2015, 2016 a été l'année du bilan et de la décision de généralisation de la procédure de contrôle modifiée, proposée par la CNAMTS. Cette nouvelle procédure a l'avantage de donner à l'établissement la charge de la preuve, c'est-à-dire de choisir dans le dossier médical et présenter les éléments ayant justifié le codage, et l'inconvénient d'alourdir la charge de travail du médecin DIM. Elle laisse également plus de temps à l'établissement pour préparer le contrôle, et éventuellement corriger des codages insuffisants puisque le principe de la réévaluation en majoration ou en minoration de la valorisation du séjour est maintenu.

Autre avantage : l'équipe de contrôleurs est moins nombreuse que par le passé.

Cette modification de procédure de contrôle a été diversement appréciée par les médecins DIM des établissements, avec pourtant une majorité de retours favorables. Les résultats de l'expérimentation ont fait l'objet d'une présentation à une journée « Club des médecins DIM » par le Dr Bardou de la CNAMTS et le Dr Rodach du Groupe Vivalto Santé, représentant des médecins DIM du secteur privé.

La campagne de contrôle 2017, portant sur les données 2016, verra la généralisation de cette procédure.

Par ailleurs, à plusieurs reprises, des établissements en cours de contrôle ont alerté la FHP-MCO à propos de prises de position paraissant abusives de la part des contrôleurs. Le contact pris directement entre la FHP-MCO et la CNAMTS pour attirer l'attention sur des divergences importantes apparues entre contrôleurs et contrôlés, a permis de résoudre au moins partiellement de nombreuses difficultés.



SYNDICAT

INDISPENSABLE CLUB DES MÉDECINS DIM

Mis en place en 2012, l'objet du « Club des Médecins DIM », piloté par le Dr Marie-Paule Chariot, est d'accompagner les médecins DIM dans leurs pratiques quotidiennes en favorisant les échanges et le partage d'expériences entre médecins DIM et avec nos tutelles.

En 2016, les thèmes suivants étaient débattus en présence de représentants de l'ATIH, de la DGOS, de la CNAMTS, de la FHP-SSR, de la DREES ; actualités sur le modèle de financement SSR ; présentation de la campagne, de la classification et des nouveautés liées à l'information médicale en 2016 ; évolutions attendues pour la campagne tarifaire 2017 ; point d'actualité sur les contrôles T2A : bilan de l'expérimentation, avant une généralisation ? ; SAE : présentation et import PMSI ; utilisation des outils FICHCOMP, FICHSUP et OVALIDE.

SYNDICAT

LANCEMENT DU CLUB PHARMACIE

Pour faire face aux évolutions réglementaires récentes du secteur concernant les questions de politique du médicament (CBUM, radiations partielles, conciliation médicamenteuse), ainsi que des nouvelles contraintes en stérilisation, les membres du bureau de la FHP-MCO ont souhaité lancer un Club Pharmacie en 2017.

CODAGE : PARTAGER ET MUTUALISER L'INFORMATION

Coder au plus juste sans pour autant faire perdre à l'établissement les euros si précieux en cette période de vaches maigres qui dure depuis 3 ans... Le travail du médecin DIM est devenu un travail d'expert équilibriste.

Leur position est encore plus inconfortable lorsqu'ils doivent respecter à la lettre les recommandations d'un guide méthodologique publié avec plusieurs semaines de retard. Ils doivent anticiper un codage qui respecte un texte non encore paru, pour parvenir à limiter au maximum le risque financier de la clinique.

Le stress monte encore d'un cran à l'annonce des contrôles. Face aux contrôleurs de l'Assurance maladie, dont l'interprétation des textes reste très « contrôleur dépendant », les divergences dans leur compréhension sont source d'appréhension.

Les réunions du Club des médecins DIM nous permettent d'échanger sur les retours d'expériences de codages et de contrôles de l'Assurance maladie.

Lors des deux rencontres annuelles, nous avons l'occasion de nous interroger sur certains aspects précis du codage, et d'entendre en direct les réponses des représentants de l'Assurance maladie ou de l'ATIH responsables de son actualisation. Leurs précisions améliorent notre compréhension... Mais sur le terrain, la réalité n'est pas toujours aussi évidente !

L'atmosphère de ces réunions très conviviales doit beaucoup à la FHP-MCO. Ce sont des moments privilégiés durant lesquels nous pouvons nous exprimer en confiance et partager nos incertitudes.

Un grand merci à la direction de la FHP-MCO qui poursuit cette démarche et comprend à quel point nous, médecins DIM de la France entière, sommes attachés à ces réunions.

Un grand merci également au Dr Michèle Brami, médecin conseil et à Laure Dubois, économiste de la FHP-MCO. Nous saluons leur disponibilité et le professionnalisme dont elles font preuve lorsqu'elles répondent, en accord avec l'ATIH, à nos questions relatives au codage.

Enfin, nous portons l'espoir que notre nouvelle gouvernance nationale saura reconnaître à sa juste valeur l'offre de soins, attentifs et consciencieux, produite par l'hospitalisation privée.

Dr Marie-Paule Chariot, pilote du groupe expert Évolution de la classification des GHM et du Club des médecins DIM



FINANCEMENT

QUELLE MÉTHODOLOGIE POUR UNE ENC EN DIALYSE ?

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. En 2016, le programme de travail a poursuivi l'harmonisation et le renforcement méthodologiques des différentes études de coûts.

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'agence technique de l'hospitalisation et une réflexion 100 % dialyse a entraîné une évolution du recueil.

Les travaux concernant les coûts des services de soins critiques (REA/SI/SRC) et d'urgences ont été lancés. Il conviendra pour 2017 de faire évoluer l'enquête vers une approche par séjour (logique tarifaire). Les premiers résultats de l'étude seront communiqués par l'ATIH au premier trimestre 2017.

L'incorporation de la charge en soins dans l'ENC a été actée. La mise en place d'une solution technique permettant le recueil est effective pour l'ENC 2016.

Un dispositif de fiabilisation des données ENC a été inscrit dans la loi. Le principe d'élaboration d'un échantillon raisonné et l'application de sanctions financières en cas de refus de participation des établissements de santé ont fait l'objet d'un décret.

La FHP-MCO restera vigilante concernant les critères de représentativité qui seront retenus, ainsi que sur les conditions de désignation des établissements de santé.



TARIFICATION ÉVOLUTION DE LA LISTE EN SUS DES DM

Le groupe opérationnel dispositifs médicaux implantables (DMI) créé en 2006, réunit deux fois par an institutionnels et fédérations hospitalières pour présenter les mesures en préparation pour la campagne tarifaire suivante et relatives à l'inscription de DMI sur la liste en sus. Cette liste est arrivée actuellement à un point d'équilibre et aucune radiation n'est prévue pour 2017.

TARIFICATION
ÉVOLUTION DE
LA CLASSIFICATION :
CODER LES
DIAGNOSTICS
ASSOCIÉS

Le comité technique MCO (CT 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, sur sollicitation de la DGOS, des fédérations ou des sociétés savantes, en vue des campagnes tarifaires à venir. Deux chantiers ont été prioritaires en 2016 ; la poursuite des travaux sur l'ambulatoire et la mise à jour des complications ou morbidités associées (CMA).

Le sous-groupe du CT MCO a travaillé sur les diagnostics associés (question de la création de nouvelles extensions ATIH) mais aussi sur d'autres thématiques liées à l'information médicale comme l'évolution des modalités de recueil des séances vers un recueil au traitement.

TARIFICATION
ÉVOLUTION
DE LA LISTE EN SUS
DES MÉDICAMENTS

Le groupe opérationnel médicaments chargé de la gestion de la liste des médicaments onéreux financés en sus du GHS, a été particulièrement agité en 2016. Après de multiples reports, la réunion de printemps, initialement prévue en mars, a eu lieu le 6 juillet 2016 pour annoncer la mise en œuvre en septembre 2016 du principe de radiation partielle, selon des modalités particulièrement controversées et qui ont donné lieu à des débats délicats, au cours des mois de juillet et août.

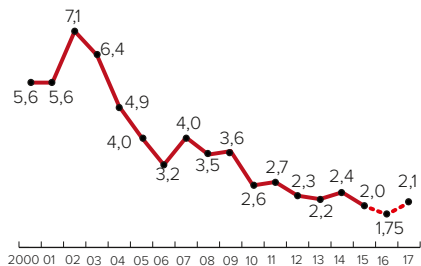
FINANCEMENT

DEPUIS 2010, UN ONDAM VOTÉ EST UN ONDAM RESPECTÉ !

La France s'est solennellement engagée devant le Conseil de l'Union européenne à réduire ses dépenses publiques ; de 3,8 % du PIB en 2015, le déficit doit passer à 3,3 % en 2016 et à 2,7 % en 2017. La santé ne fait pas partie des secteurs préservés que sont l'éducation, la justice, la sécurité et l'investissement pour préparer l'avenir. Les campagnes tarifaires subissent de plein fouet les effets de cet engagement qui prévoit 1 milliard d'euros d'économies supplémentaires sur les dépenses de santé en 2016. Le niveau de progression de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM), ramené à 1,75 % dans la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2016 serait maintenu à ce niveau jusqu'en 2019. Comme dans le programme de stabilité présenté en 2015, le gouvernement rappelle que la maîtrise des dépenses de santé s'appuie sur quatre axes :

- 1/ la concrétisation du virage ambulatoire ;
- 2/ une efficacité accrue de la dépense hospitalière ;
- 3/ la poursuite des efforts sur les prix des médicaments et la promotion des génériques ;
- 4/ l'amélioration de la pertinence et du bon usage des soins en ville et à l'hôpital.

EVOLUTION DE L'ONDAM

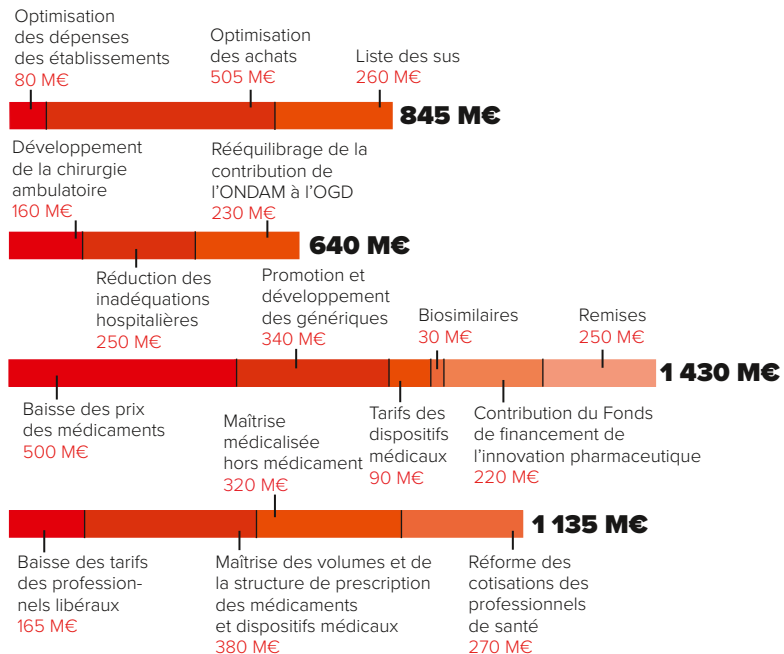


FINANCEMENT

LE PLAN TRIENNAL 2015-2017 EST LA TRADUCTION DIRECTE DES ENGAGEMENTS DE LA FRANCE

Il prévoit 10 milliards d'économies sur la santé. Soit un ONDAM 2015 à 2,1 %, 2016 à 2 % ramené à 1,75 % puis ramené à 2,1 % et... 2017 à 1,9 % ramené à 1,75 %. Très concrètement, cette diminution de la progression de l'ONDAM signifie notamment 400 millions sur la chirurgie ambulatoire (avec la chirurgie en hospitalisation complète) dont 91 millions (effet année pleine) en 2015, dont 187 millions (effet année pleine) en 2016, et idem en 2017.

QUELLES SONT LES ÉCONOMIES PRÉVUES PAR LA LFSS 2016 ?



FINANCEMENT

LE PLAN TRIENNAL D'ÉCONOMIES : UNE QUINTUPLE PEINE

En chirurgie, les objectifs sont clairement annoncés par l'instruction du 28 septembre 2016. La DGOS a ainsi retenu un montant d'économies de fonctionnement à répercuter sur la masse tarifaire nationale des séjours de chirurgie (ambulatoire et hospitalisation complète) qui s'établit à 400 millions d'euros à horizon 2017, décliné de la façon suivante ; 80 millions en 2015, 160 millions en 2016 (187 millions d'euros en année pleine) et 160 millions en 2017. Une répartition de l'effort entre chirurgie ambulatoire et chirurgie conventionnelle est opérée malgré tout. Cependant, le secteur ex-OQN a supporté en 2016 60 % des économies. Pour nos établissements de santé, c'est la quintuple peine : baisse des tarifs pour une activité non à maturité; non prise en compte dans les TICs des données de coûts de ces nouvelles organisations; application de la dégressivité ; perte de recettes de type « plateaux techniques » ; perte des recettes annexes. En dialyse, un plan d'économies se confirme autour de l'activité du centre avec une baisse de plus de 3,5 %.

FINANCEMENT

L'OBSERVATOIRE CCAM DES ACTES RÉALISÉS PAR LES MÉDECINS

Depuis l'annulation d'une réunion programmée en novembre 2015, l'observatoire de la CCAM, piloté par la CNAMTS, n'a pas été réuni. Pourtant cet observatoire avait pour avantage, pour l'Assurance maladie, de présenter les évolutions programmées de la CCAM, et pour les professionnels, de présenter leurs remarques sur les insuffisances de ces évolutions.



FINANCEMENT

LES TARIFS AU 1^{er} MARS 2016 ONT PRÉSENTÉ UNE BAISSÉ DE 2,15 %

In fine, des baisses dans les deux secteurs étaient constatées : -2,15 % pour le privé et -1,5 % pour le secteur public, coefficient prudentiel inclus. Ces évolutions s'expliquent par une baisse tarifaire de 1 % 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 0,65 % pour tenir compte de ces 2 effets). Concernant le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE), il s'agit en 2016 de la prise en compte de la dernière tranche (1/8ième) de la reprise, et, concernant le pacte de responsabilité, il s'agit de la prise en compte de la deuxième tranche mise en œuvre en 2016.

L'année 2016 a aussi été marquée par les travaux de la commission pilotée par le Dr Olivier Véran. La FHP-MCO a apporté sa contribution sous forme de 7 positions :

- 1/ Une référence tarifaire à revoir pour donner une véritable place à l'innovation.
- 2/ La question de la visibilité ?
- 3/ Oui aux aménagements de la T2A.
- 4/ Une dose de qualité à développer !
- 5/ La proximité ne se définit pas par discipline d'activité.
- 6/ Vers un dispositif assurant un socle de financement pour certaines activités.
- 7/ Le parcours en question.



FINANCEMENT

ÉVOLUTION DU MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, LES 13 PROPOSITIONS DU RAPPORT D'ÉTAPE D'OLIVIER VÉRAN

1. Mettre en place une dotation modulée à l'activité pour les hôpitaux et les SSR de proximité.
2. Instaurer un financement par dotation modulée à l'activité pour les unités de soins critiques.
3. Supprimer les bornes basses et hautes pour les soins palliatifs et instaurer une dotation modulée à l'activité pour les EMSP.
4. Accompagner la modernisation du financement des SSR avec une dotation modulée à l'activité.
5. Faire évoluer le financement des urgences pour développer les liens avec des centres de soins non programmés.
6. Adapter la T2A à la nécessité de coopération entre acteurs.
7. Introduire une modulation du financement à la qualité
8. Réécrire la circulaire frontière pour sortir de contentieux stériles.
9. Instaurer un tarif intermédiaire pour les consultations longues et pluri-professionnelles.
10. Lancer la réflexion sur la définition de forfaits pour les prises en charge de pathologies chroniques médicales.
11. Ramener de la sérénité dans les contrôles T2A en définissant des règles homogènes connues de tous avec une vraie instance d'arbitrage.
12. Rechercher la simplification de la facturation.
13. Affirmer le principe de la neutralité tarifaire, privilégier pour les politiques de santé publique des financements « starter » (AC et FIR) ou MIG, et normer le plus possible les financements MIG.

FINANCEMENT

LES 17 PROPOSITIONS DE LA FHP-MCO POUR L'ANNÉE 2017

AXE 1 : DES GRANDES HYPOTHÈSES DE CONSTRUCTION DE LA CAMPAGNE À CONFIRMER**1 Améliorer la cible du volume prévisionnel 2017**

Retenir le chiffre de 1,5 % comme volume prévisionnel 2017 et maintenir le coefficient prudentiel à 0,5 %.

2 Pérenniser les actions sur l'obstétrique

Revaloriser de 2,5 % les tarifs des 6 GHS ciblés, une opération de l'ordre de 7 millions d'euros.

3 Revoir la ventilation du plan d'économies en chirurgie

Car poursuivre les orientations passées risque de mettre en danger de nombreuses structures du secteur ex-OQN.

4 Veiller à une répartition équitable des économies en dialyse

Très grande prudence dans l'utilisation des TICs, notamment pour le GHS 9605. Relancer des travaux de simplification de l'environnement réglementaire. Redemander le cumul des forfaits en auto dialyse avec un GHS.

5 Garantir une stabilité des modèles de financement : exemple des MERRI

Toute évolution des modèles doit faire l'objet de débats en toute transparence, dans le respect de l'ensemble des parties prenantes et en veillant à une équité de traitement.

AXE 2 : ADAPTER LE FINANCEMENT AUX ÉVOLUTIONS NÉCESSAIRES**6 Donner une place plus conséquente au financement IFAQ**

La part de la rémunération à la qualité ne peut se limiter à 0,4 %, 0,5 % ou 0,6 %. Doubler ces pourcentages semble être le minimum à atteindre mais non par transferts de MIGAC et, en aucun cas, dans le cadre d'un débasage tarifaire.

7 Prendre en compte les retours d'expériences de la campagne tarifaire 2016**8 Requalifier le financement des unités de soins palliatifs**

Porter le taux du GHS majoré 7994 (soins palliatifs en unité de soins palliatifs) au moins à 70 % en lieu et place de 50 %.

9 Supprimer les bornes basses pour les GHM en K**10 Gérer les effets revenus d'une incontournable révision des bornes basses et hautes**

Mettre à jour les bornes basses et hautes des GHS en les harmonisant entre les secteurs ex-DGF et ex-OQN.

11 Mettre fin au dispositif injuste d'un forfait de 40 euros sur les GHS de séance de chimiothérapie tumorale**12 Revisiter le dispositif de dégressivité tarifaire****13 Achever la réforme de financement des transports SMUR**

Favoriser les modalités de rebasage pour le financement de la MIG SMUR revue en raison de la fin de la facturation des SMUR secondaires.

AXE 3 : DES MESURES STRUCTURELLES À DÉVELOPPER**14 Envisager une approche pluriannuelle de la LFSS et des éléments tarifaires****15 Expérimenter une tarification au parcours pour les patients en chirurgie ambulatoire****16 Entamer une réforme du financement des soins critiques****17 Poursuivre l'étude du « remanufacturing » pour redonner des marges de manœuvre financières aux établissements**

Prévoir une modification législative afin de permettre le lancement d'un dispositif expérimental de « remanufacturing ».



SYNTHÈSE
DU 4 PAGES
SÉMINAIRE
STRATÉGIQUE

Une fois l'an, le conseil d'administration se réunit pendant deux jours pour décider des grandes orientations politiques syndicales. Retour sur les décisions prises lors du séminaire stratégique des 8 et 9 septembre à Paris.

FINANCEMENT

UN « BÉNÉFICE RAISONNABLE » IMPOSÉ AUX SERVICES D'INTÉRÊT ÉCONOMIQUE GÉNÉRAL (SIEG)

Comment gérer ce plafond de verre qui piège les établissements privés ?

Le syndicat s'est donné les moyens de contester, tout d'abord le fond, la notion même de « bénéfice raisonnable » puis la forme, car si le combat syndical est juridique, il est également comptable. Merci aux 49 cliniques qui se sont portées volontaires début d'année 2016 pour bâtir, ligne par ligne, avec le cabinet KPMG, une proposition de maquette comptable la plus juste possible. Ce travail nous a permis de nous assurer que le contrôle du bénéfice ne concernerait, le cas échéant, que les activités financées par l'Assurance maladie, et d'éviter que le ministère n'impose aux cliniques une comptabilité analytique. Si la tutelle a reconnu que le seuil maximal pouvait être différent selon que l'établissement est public ou privé, nous devons lui expliquer à quoi sert le bénéfice dans une entreprise privée. À financer les investissements et l'innovation, à rémunérer le risque des actionnaires, à reconstruire les fonds propres de l'entreprise, autant de préoccupations que n'ont pas les hôpitaux publics. Le conseil d'administration de la FHP-MCO, convaincu du bien-fondé de ce travail, a acté la présentation d'une note technique auprès de la Commission européenne, accompagnée d'un volet de lobbying politique.

JURIDIQUE

L'EUROPE, LA CAUSE MAIS AUSSI LA SOLUTION

La Commission européenne a porté une attention toute particulière à cette question de « bénéfice raisonnable » des SIEG en France. L'État français a décidé de profiter de la loi de modernisation de notre système de santé pour « se mettre en conformité ». Après la Belgique et la France, c'est au tour de l'Union européenne de l'hospitalisation privée (UEHP) de s'emparer du dossier pour défendre au niveau européen la nécessité d'un bénéfice qui garantisse la qualité et la sécurité des soins des millions de patients, et permette d'accompagner le vieillissement de la population, l'évolution des techniques et l'innovation.

T2A

LA MISSION VÉRAN TRAVAILLE À RÉFORMER LE MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Que nous révélait sa copie d'étape ? Même si la musique est hospitalière publique, l'hospitalisation privée a des arguments à faire valoir. Certaines propositions ont été retenues, par exemple celles d'un financement mixte, socle et à l'activité, pour les services de réanimation, ou le renforcement de la rémunération à la qualité.



ASSURANCE MALADIE

AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES

Le Dr Annie Fouard, responsable du département hospitalisation à la CNAMTS présentait les propositions de l'Assurance maladie pour 2017. Parmi les 27 recommandations, 9 peuvent impacter directement ou indirectement les établissements de santé privés, dont 3 principales ;

1/L'expérimentation du PRADO plaies chroniques est poursuivie (proposition n°10). Actuellement, 44 % des patients sont ré-hospitalisés pour plaie dans l'année suivant la sortie de l'établissement de santé. Un objectif de diminution de 2 % à l'horizon 2018 pourrait être retenu.

2/Une expérimentation de paiement au forfait pour la réhabilitation améliorée après chirurgie en orthopédie pour le genou et la hanche pourrait être lancée (proposition n°17).

3/Une réforme de la tarification de la radiothérapie libérale serait lancée. L'inadaptation des règles de facturation actuelles ne permet pas de prendre en compte le coût des techniques plus performantes (proposition n°14).

NAISSANCE

LE SECTEUR PRIVÉ PERD DES PARTS DE MARCHÉ EN OBSTÉTRIQUE. COMMENT REDEVENIR ATTRACTIF ?

La FHP-MCO a enquêté pour mieux connaître les choix des mamans et leurs motivations. 51 % des jeunes parturientes estiment probable d'accoucher dans une maternité privée. À l'inverse, 70 % des femmes déjà mères envisagent d'accoucher dans une maternité publique. 83 % des femmes enceintes interrogées ont choisi dès le premier trimestre le type de maternité où elles souhaitent accoucher, un choix qui s'affine tout au long de la grossesse. Néanmoins, à ce stade, un tiers des femmes s'estiment encore mal informées sur les critères qui pourraient orienter leur choix.

Parmi les répondantes qui avaient choisi une maternité privée, 75 % étaient certaines de leur choix. Parmi celles qui avaient choisi un hôpital, 61 % étaient certaines, 34 % étaient relativement sûres de vouloir accoucher dans ce type de maternité, et 5 % étaient encore hésitantes. Ces populations encore hésitantes constituent une marge de progression pour le secteur privé.

86 % sont fidèles à un type de maternité. 65 % des femmes enceintes ont choisi la maternité la plus proche de leur domicile. Les dépassements d'honoraires n'arrivent qu'en 5^e position des critères influençant le choix d'une maternité. Ils ne sont donc pas déterminants !

Les six premiers critères de choix des mamans sont la présence 24/24 et l'excellence des équipes, la proximité géographique de la maternité, la possibilité de réaliser soi-même les soins à son bébé, la possibilité de disposer d'une chambre individuelle, la prise en charge rapide de la douleur.



TRANSPARENCE ET ÉQUITÉ, ENSEMBLE, NOUS Y VEILLONS !

Les valeurs républicaines de transparence et d'équité sont les piliers du contrat qui lie la FHP-MCO à ses adhérents et les bases de ses relations avec les tutelles. La FHP-MCO veille à leur respect mutuel.



LOI DE SANTÉ

LOI DE SANTÉ ET RÉFORME DES AUTORISATIONS : LES PROPOSITIONS DE LA FHP-MCO

La FHP-MCO s'est positionnée dans le cadre de la réforme des autorisations avec des propositions en vue de sécuriser et de simplifier les procédures d'autorisations.

Les principales demandes concernent les points suivants :

- La durée de vie des autorisations.

La FHP-MCO a demandé un allongement à dix ans de la durée des autorisations, en cohérence avec les investissements engagés par les établissements pour assurer les activités autorisées. Cet argument semble être entendu par le ministère et les travaux en cours vont dans le sens de l'allongement de cette durée.

- Les seuils d'activité, pour lesquels nous avons demandé à ce qu'ils soient appréciés par établissement et non par médecin.

- La signature de la convention relais, lorsqu'elle est nécessaire pour l'autorisation d'activité d'un autre établissement, doit être obligatoire pour l'établissement détenteur du relais.

- Les démarches de gestion du risque et des retours expériences peuvent être un élément d'appréciation de l'autorisation.

- Le refus de prise en compte des résultats de la certification HAS pour l'attribution des autorisations, à l'exception de la situation de non certification.

- Le refus de tout régime d'autorisation par sous-spécialité.

- Le maintien d'une visite de conformité obligatoire pour toute nouvelle autorisation, avec toutefois une version allégée pour les renouvellements.



JURIDIQUE

UN SYNDICAT OFFENSIF

La FHP-MCO a fait le choix d'être un syndicat offensif pour veiller au respect d'une politique d'équité. La FHP-MCO engage 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.

Par ailleurs la FHP-MCO a poursuivi son action « 1000 recours » en accompagnant les établissements dans les contentieux qu'ils mènent directement.

L'action consiste en un accompagnement juridique et un soutien financier des établissements dont les contentieux sont susceptibles de permettre à l'ensemble de la profession de faire valoir ses droits. Les contentieux ont concerné particulièrement des dossiers de factures de transports SMUR et de factures rectificatives et complémentaires. Le service juridique assure le suivi des contentieux engagés.

JURIDIQUE

LES TROIS DOSSIERS EN COURS

Aides d'État, recours européen

Recours européen
Plainte de la FHP-MCO relative aux aides d'État. Cette plainte est en suspens dans l'attente des suites liées aux négociations sur le SIEG.

Octobre 2010

Recours devant le TA d'Amiens

Recours à l'encontre de la décision n° DH 2014-599 du 18 décembre 2014 du directeur général de l'ARS Picardie attribuant des crédits FIR au titre de l'année 2014 au Centre hospitalier interdépartemental (CHI) de Clermont.

Recours à l'encontre de la décision n° DH 2014-603 du 18 décembre 2014 du directeur général de l'ARS Picardie attribuant des crédits FIR au titre de l'année 2014 au Groupe hospitalier public du sud de l'Oise (GHPSO).

Recours à l'encontre de la décision n° DH 2014-442 du 29 octobre 2014 du directeur général de l'ARS Picardie attribuant des crédits FIR au titre de l'année 2014 au Centre hospitalier de Chauny.

Recours à l'encontre de la décision n° DH 2014-591 du 18 décembre 2014 du directeur général de l'ARS Picardie attribuant des crédits FIR au titre de l'année 2014 au Centre hospitalier de Beauvais.

Février 2016

Recours devant la CNTSS

Recours à l'encontre 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, du directeur général de l'ARS Picardie en tant qu'ils fixent le forfait annuel urgence et les dotations des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des centres hospitaliers d'Abbeville, de Corbie et de Soissons.

Recours à l'encontre de la décision des arrêtés n°2013-351 du 19 décembre 2013, n°2013-303, n°2013-322, n°2013-324, n°2013-348, n°2013-349 du 20 décembre 2013, n°2013-336, n°2013-340, n°2013-353, n°2013-354, n°2013-355, n°2013-370 du 23 décembre 2013, n°2013-378, n°2013-380, n°2013-386, n°2013-389 du 24 décembre 2013, des décisions en date du 31 décembre 2013, du directeur général de l'ARS Picardie en tant qu'ils fixent et modifient les dotations annuelles de financement, l'octroi de subventions AC et l'allocation de subventions au titre du fonds d'intervention régional aux centres hospitaliers de Clermont, Amiens, Laon, Château-Thierry, Montdidier-Roye, Albert, Pinel, Sud-Oise, Beauvais, Chauny, Hirson, Vernins, Centre hospitalier interdépartemental de Clermont et à l'établissement public de santé mentale départemental (EPSMD) Premontr.

Recours à l'encontre de la décision de l'arrêté n° DH 2014-443 du 29 octobre 2014 du directeur général de l'ARS Picardie portant modification des montants des ressources d'Assurance maladie, versées sous forme de dotations ou de forfaits annuels, au centre hospitalier de Chauny pour l'exercice 2014.

Ces recours font suite aux jugements du TITS du 18 septembre 2015 et à l'ordonnance du 15 décembre 2016. L'instruction est en cours, les derniers mémoires ayant été produits respectivement en avril 2016 et janvier 2017.

RELATION TUTELLES

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

Lors de nos débats à la convention FHP-MCO de juin 2015 a fusé l'idée d'évaluer nos ARS. Une proposition immédiatement adoptée et plébiscitée par l'auditoire. S'il est légitime que la tutelle évalue les établissements de santé, il l'est tout autant qu'elle soit elle-même évaluée. Partant de là, pourquoi n'apporterions-nous pas notre pierre à l'édifice ?

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 démarche qualité lancée par les acteurs de soins eux-mêmes !

Nos administrateurs transforment l'essai.

Les administrateurs de la FHP-MCO, réunis en séminaire stratégique en septembre 2015, ont entériné la mise en place d'un indicateur d'évaluation des ARS, avec deux axes de travail. Le premier consiste 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, vise à recueillir l'évaluation, par les directions des établissements de santé privés, de la qualité des relations avec leur ARS.

Cette première enquête a montré une importante disparité régionale quant à la transparence des décisions des agences et à leur respect d'une équité entre les secteurs public et privé.

Certaines ARS respectent parfaitement leurs obligations réglementaires quand toutes devraient le faire.

Nous voulons dénoncer les iniquités et promouvoir les bonnes pratiques.

Méthodologie : enquête quantitative et d'entretiens qualitatifs menés par IPSOS, à la demande de la FHP-MCO, 201 directions de cliniques ont été interrogées entre le 22 mars et le 26 avril 2016 sur leur relation avec leur ARS.

RELATION TUTELLES

EQUITÉ DE TRAITEMENT ET TRANSPARENCE POINTÉES DU DOIGT PAR LES ÉTABLISSEMENTS

L'équité de traitement par rapport aux établissements de santé publics (note de 4,2/10) et la transparence des décisions (note de 3,7/10) sont particulièrement critiquées, souligne l'enquête Ipsos/FHP-MCO. Les variations en fonction des régions laissent à penser que le traitement des établissements de santé privés n'est pas le même en fonction des ARS.



RELATION TUTELLES

LES ARS SONT-ELLES UTILES ?

Le niveau de satisfaction des établissements de santé privés vis-à-vis des ARS est globalement très perfectible (note moyenne de 5,8 sur 10) avec une disparité en fonction des établissements, rapporte l'enquête Ipsos/FHP-MCO. Alors qu'1 établissement sur 3 note son ARS entre 0 et 4, ils ne sont que 12 % à évaluer leur satisfaction entre 9 et 10. On remarque également des relations plus satisfaisantes avec la délégation territoriale (63 % des établissements sont satisfaits) qu'avec le siège de l'ARS (49 %).

Pour une grande majorité des établissements de santé privés, les actions réalisées par l'ARS n'ont pas d'impact ou font régresser la qualité et la sécurité des soins apportés aux patients (57 %), l'efficacité des soins apportés aux patients (78 %), l'innovation médicale et organisationnelle (83 %) ou encore les coopérations entre l'établissement et la médecine de ville (84 %).

Près d'1 clinique sur 3 (28 %) affirme que les actions de l'ARS font régresser les coopérations entre l'établissement et les établissements de santé publics.

RELATION TUTELLES

9 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS SUR 10 NON SATISFAITS DE LEUR SITUATION DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

Le baromètre Ipsos/FHP-MCO met en évidence une insatisfaction massive des établissements de santé privés. 9 établissements de santé privés sur 10 ne sont pas satisfaits de leur situation dans le système de santé, et la quasi-totalité des établissements (96 %) se disent pessimistes quant à l'évolution de cette situation dans l'année à venir. Ce pessimisme persiste quand ils se projettent à 5 ans (88 %).

JURIDIQUE

SUIVI DES PROJETS DE DÉCRET D'APPLICATION

Le service juridique assure ce suivi notamment à travers le groupe expert juridique et la production d'outils de compréhension des enjeux de cette nouvelle réglementation à destination de l'ensemble des adhérents, notamment à travers le fascicule *5 min pour comprendre*. De plus, un reporting régulier est assuré auprès des élus.

L'année 2016 a été marquée par la publication des décrets sur le service public hospitalier (SPH) et les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Sur les GHT, la FHP-MCO a participé, avec les autres fédérations, aux différentes réunions initiées par la DGOS afin de prévoir des outils facilitant les partenariats des établissements privés aux GHT. Ces réunions ont débouché sur la production d'un contrat type de partenariat au GHT et d'une plaquette, afin d'identifier les points clés pour intégrer un GHT. Sur le SPH, la FHP-MCO a travaillé à faire reconnaître les services d'urgences comme services publics hospitaliers.

La FHP-MCO a veillé à ce que les décrets d'application ne viennent pas remettre en cause l'association automatique des services d'urgences du secteur privé au SPH.





FINANCEMENT JUSTE ENSEMBLE NOUS SOMMES PUISSANTS

L'avenir de la santé est « ès » qualité. La qualité des soins prodigués aux patients doit être notre unique boussole. Dès lors, il s'agit de faire évoluer le financement des établissements de santé pour leur permettre d'atteindre cet objectif commun et de combattre les réformes qui les en éloignent.



FINANCEMENT À LA QUALITÉ

LA GÉNÉRALISATION DU PROGRAMME IFAQ

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 - incitation financière à l'amélioration de la qualité.

Après les 2 expérimentations de 2012 à 2015, qui ont fait l'objet d'appels à candidatures et ne concernaient que certains établissements MCO, en 2016, le modèle IFAQ a été généralisé à l'ensemble des établissements MCO et HAD. En 2017, la généralisation s'étendra aux établissements SSR.

Co-pilotés par la DGOS et la HAS, les travaux sont discutés en groupe de travail réunissant l'ATIH, l'ANAP et les fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, UNICANCER, FHP et FHP-MCO).

Les travaux de 2016 ont été rythmés par la généralisation du programme IFAQ.

La FHP-MCO a continué de défendre les positions suivantes :

- favoriser une démarche « promotionnelle » et non « compassionnelle » qui s'attache à la valorisation de l'excellence en matière de qualité et de sécurité des soins ;
- mettre en place un modèle dynamique de financement tout en garantissant la simplicité et la lisibilité du modèle pour nos établissements de santé ;
- refuser la surcharge de travail pour les établissements de santé ;
- demander l'évaluation du modèle ;
- ne pas limiter la rémunération à la qualité à 0,3 %, 0,4 % ou 0,5 % ;
- n'opérer l'alimentation de l'enveloppe IFAQ que par transferts de crédits MIGAC et, en aucun cas, dans le cadre d'un débasage tarifaire.

Parmi les avancées en 2016, citons la prise en compte tous les ans des résultats de la certification, ou encore la simplification du système des pondérations.

La FHP-MCO reste vigilante sur la communication faite aux établissements sur ce modèle IFAQ. Nous avons été entendus sur la nécessité de continuer, dans cette phase de généralisation, à apporter une information personnalisée à chaque

établissement sur ses résultats mais cette communication devrait se faire au plus près de l'annonce par l'ARS d'une dotation IFAQ aux établissements.

La FHP-MCO, véritable force de proposition sur ce dossier, veille, tout au long de l'année, à son élaboration, étape par étape (participation active aux réunions et sollicitation du groupe technique, retour et sollicitation de l'avis du groupe expert qualité, etc.) ainsi qu'à la compréhension et l'appropriation du modèle par les établissements (journée d'information FHP-MCO, présentation des enjeux aux assemblées générales des FHP régionales et à toutes journées pour lesquelles nous sommes sollicités, réponses aux questions des adhérents, etc.).

9

millions d'euros ont été alloués aux établissements MCO privés en 2015 au titre du dispositif IFAQ.



IFAQ

UN SUJET QUI VOUS MOBILISE

Vous étiez 230 managers et cadres présents à la journée organisée par la FHP-MCO et la FHP-SSR dédiée au dispositif IFAQ en janvier 2017.

IFAQ

LA MÉTHODE DE CALCUL

Le dispositif IFAQ rétribue les 20 % d'établissements qui obtiennent les meilleurs scores selon les 3 fourchettes allant de 0,2 % à 0,36 % pour un montant plancher de 15 000 euros et plafond de 500 000 euros.

IFAQ, UNE ÉVIDENCE !

Oui mais... Depuis trois ans l'animation du groupe technique IFAQ pour la FHP-MCO a pris de l'importance. Pour trois raisons : méthodologique tout d'abord, pour ce qui est de la pertinence de choix des indicateurs afin qu'ils représentent de façon fidèle et concrète les actions réalisées. Ensuite, du fait de la généralisation : après une première phase basée sur le volontariat, ce sont désormais tous les établissements de soins qui sont éligibles. Enfin, IFAQ est un énorme levier managérial. S'il faut déplorer l'insuffisance d'affectation de son enveloppe globale, la réussite vient de la dynamique créée et de l'implication des équipes dans les établissements.

Comment faire évoluer positivement cet outil ?

Premièrement en étant exigeant avec nous-mêmes. La réussite d'un tel programme tient à l'implication des professionnels sur des critères qui sont pertinents. Il faut mettre la barre « haut », c'est-à-dire se donner des objectifs qui sont significatifs et utiles au patient. Deuxièmement, il nous incombe de faire évoluer un modèle complexe et peu lisible vers des méthodes d'appréciation plus immédiates, se rapprochant des

pratiques cliniques. Mais restent les fondamentaux : une incitation doit être incitative ! C'est-à-dire représenter concrètement une enveloppe attractive, motivant les équipes et le cas échéant récompensant les établissements lauréats.

Nous percevons clairement à cette étape une certaine vulnérabilité du modèle, malgré un engagement exceptionnel de la HAS dans la démarche. L'enveloppe est trop limitée à notre avis pour que le terme d'« incitatif » reste applicable. Il faut une ambition renouvelée de la part de la tutelle pour que d'un programme « support » on évolue réellement vers une dynamique participative d'allocation de ressources. Si l'on veut rééquilibrer le quantitatif TAA vers le qualitatif IFAQ, il faut réellement un changement conceptuel, une forte énergie et une volonté politique affirmée.

Toutes les grandes réunions internationales sur la santé bruissent du mot « qualité ». Nous sommes, dans notre secteur, riches de cette qualité inhérente à nos pratiques. La culture qualité est dans nos gènes : sans la développer, pas de survie.

L'expérience partagée dans le dernier « Global Ministerial Summit » de Bonn sur la qualité et la sécurité, réunion à laquelle participaient la plupart des ministres de la santé ainsi que la directrice générale de l'OMS, doit en effet s'appliquer sur le terrain avec vous. Nous sommes les acteurs de ce changement, volontaires pour que notre engagement soit démontré et récompensé. Le seul vrai sujet aujourd'hui à propos de l'hôpital est la performance hospitalière : performance organisationnelle - le management privé est une force - mais aussi performance qualitative démontrée au profit d'un soin de qualité.

Dr Paul Garassus
Président du Conseil scientifique
BAQIMEHP
Président de l'Union européenne
de l'hospitalisation privée (UEHP)



FINANCEMENT

CHIRURGIE AMBULATOIRE : DES INJONCTIONS CONTRADICTOIRES !

Nous continuons à souligner que cette démarche visant à vouloir rechercher des économies ciblées sur la chirurgie ambulatoire dès à présent constitue une injonction contradictoire aux objectifs du virage ambulatoire. Trois éléments appellent à la plus grande prudence dans les décisions tarifaires.

Des contre-incitations tarifaires

Comment inciter au développement d'une pratique lorsque, dans le même temps, des contre-incitations tarifaires sont mises en œuvre ? Ce point est d'autant plus important que nos établissements de santé sont soumis à une double peine : la baisse tarifaire du régime obligatoire et la chute plus que significative des recettes annexes.

Cette baisse tarifaire s'appuie sur la détermination des TIC – tarifs issus des coûts. Même si une démarche de fiabilisation est en cours avec la mise en place d'un score de fiabilité, cette dernière a besoin d'être affinée. En effet, à la lumière d'un exemple communiqué lors d'une réunion de travail avec l'ATIH, le différentiel constaté, entre un GHM de niveau J et un GHM de niveau 1 concernant l'intervention sur le cristallin, est de 700 euros pour un CHU (pour une nuit). Cela montre, à l'évidence, qu'il faut consolider la démarche en s'appuyant, pourquoi pas, sur une méthodologie à dire d'experts, afin de fiabiliser plus encore ces données essentielles.

Budget base zéro

Cette baisse tarifaire pose comme postulat que nous sommes dans un système de type « budget base zéro ». Il n'en est rien. Les structures, mêmes reconverties ou réorganisées, ne conduisent jamais à un niveau d'efficacité équivalent à celui d'une structure récente pensée en priorité pour ce type de prise en charge. Le plein régime des économies attendues des frais de



structure et personnel ne peut être atteint immédiatement car il existe des coûts de transferts importants dans le temps. La maximisation de l'efficacité ne peut être effective que dans plusieurs années.

Des pathologies plus lourdes

Enfin, le développement de la chirurgie ambulatoire s'opère aujourd'hui vers des pathologies « plus lourdes » en termes de charge en soins. Aussi, cela nécessite pour les établissements de santé qui s'y engagent de mettre en place des moyens en amont et en aval du séjour pour s'assurer d'une prise en charge de qualité post séjour de chirurgie ambulatoire. De nombreuses structures ont mis en place des moyens pour assurer une qualité et sécurité de prise en charge en ville ; infirmière coordinatrice, plateforme de télé-suivi, information/formation des professionnels de ville, élaboration et diffusion de protocoles médicaux et paramédicaux, etc. Des études plus précises sont à engager mais ces surcoûts sont a priori compris entre 10 % et 15 % du séjour de chirurgie ambulatoire. Ces éléments ne sont pas valorisés à ce jour dans les travaux ENC.

LÉGISLATIF

DES AMENDEMENTS AU PLFSS 2017

Dans le cadre du PLFSS, le service juridique de la FHP-MCO a porté des amendements poursuivant plusieurs objectifs. Le premier est celui d'abroger le mécanisme d'abattement tarifaire relatif au montant du forfait à 40 euros portant sur les GHS de séance de chimiothérapie tumorale (GHM 28Z07Z - GHS 9606) ou non tumorale (GHM 28Z17Z - GHS 9616). Un autre amendement visait à modifier la législation afin de permettre une planification pluriannuelle des modalités de financement des établissements de santé et notamment des modalités de fixation des éléments tarifaires. Des propositions de textes visaient également à permettre le lancement d'un dispositif expérimental de financement au parcours de soins pour les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire, à entamer une réforme du financement des soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue), et enfin à redonner des marges de manœuvre économiques aux établissements de santé.

2,6

millions de patients sont accueillis dans les services d'urgences privés



FINANCEMENT URGENCES : UN FINANCEMENT LISSÉ SUR TROIS ANS

L'année 2016 est marquée par la transition vers le nouveau modèle de financement des FAU des services d'urgences, élaboré sur la base d'un référentiel de moyens. Les grands principes du financement des urgences restent inchangés : une dotation fixe (FAU) et des forfaits ATU. La FHP-MCO a défendu la nécessité de lisser les effets revenus. Nous avons été entendus sur ce sujet et voyons une montée en charge du nouveau modèle qui s'échelonne sur les 3 prochaines années 2017, 2018 et 2019. Le montant global de l'enveloppe FAU dédiée à notre secteur demeure inchangé.

FINANCEMENT MIGAC

MODÉLISER LES MIG « PRÉCARITÉ »

La DGOS a souhaité poursuivre les réflexions sur le modèle de financement de la MIG précarité à venir. Cette année a constitué une transition vers une redéfinition des critères d'allocation de ressources de cette MIG.

Concernant la dotation qui sera allouée pour 2017, un consensus a été trouvé sur le lissage des effets revenus et l'utilisation des données d'activité de 2015.

Un critère de 5 000 séjours est également venu assouplir le seuil d'éligibilité au financement de 10,5 % de séjours patients CMU/CMUC/AME accueillis.

Une réflexion à moyen-long terme va être menée afin de finaliser un nouveau modèle.

Les indicateurs montrent actuellement une croissance du nombre de séjours précaires qui diminue le financement rapporté à chaque séjour. Même si cette diminution impacte davantage les établissements publics, les établissements privés sont eux aussi concernés. La FHP-MCO restera vigilante concernant l'analyse de cette situation, ainsi que sur les suites qui lui seront données. Concernant l'élaboration du futur modèle, les réflexions se poursuivent et incorporent plusieurs axes de réflexion : l'analyse des surcoûts et des durées de séjours ; l'emploi d'indicateurs géo-populationnels prenant en compte l'origine géographique du patient ; l'incorporation des soins urgents ; l'utilisation de la classification PMSI et des diagnostics associés au patient.



FINANCEMENT MIGAC

FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE « RECOURS EXCEPTIONNEL »

À la suite du constat fait par le comité de pilotage des allocations MERRI, la DGOS a constitué un groupe de travail spécifique sur le sujet du financement des activités de recours exceptionnel, afin de mieux cibler les activités qui en relèvent et d'attribuer des financements significatifs aux établissements qui les développent, en évitant le saupoudrage. La FHP-MCO participe à ce groupe de travail qui s'est fixé deux objectifs principaux : définir plus précisément le recours exceptionnel et identifier la méthode de calcul du surcoût induit (méthodologie échelle nationale de coûts ou microcosting). Les représentants des établissements privés les plus susceptibles d'être concernés par ces financements ont été sollicités pour apporter leur vision du terrain, et accompagner le médecin conseil de la FHP-MCO à ces réunions pour exposer les difficultés rencontrées en pratique. Ces travaux doivent se poursuivre en 2017.

DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE

EN DÉPIT D'UNE OPPOSITION FAROUCHE, LA DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE S'APPLIQUE

Ce mécanisme de dégressivité tarifaire, auquel la FHP-MCO s'est fermement opposée, est arrivé en phase d'application concrète en 2016.

La FHP-MCO vous a tenus informés de la mise en place de ce dispositif au fil de la parution des textes et a mis à votre disposition une note d'information concernant son application sur les données d'activité 2015. L'objectif était de rappeler les modalités de mise en œuvre pour les données 2015, de vous permettre, le cas échéant, de vérifier le montant dû au titre de la dégressivité tarifaire 2015 mais aussi de vous exposer la démarche à suivre pour éventuellement contester le montant de récupération notifié par l'ARS.

Quel bilan de la campagne 2015 appliquée en 2016 (calcul avant la phase contradictoire ARS/ établissements) ? Le montant provisoire s'élève à 9,1 millions d'euros et est supporté pour deux tiers par le secteur ex-DGF. Le montant moyen par établissement est de 39 100 euros (41 100 pour le secteur public et 35 600 pour le secteur ex-OQN). 232 établissements sont retenus pour la récupération dont 145 ex-DG et 87 ex-OQN. Le plancher de 15 000 euros a joué un rôle important en excluant 453 établissements dont 263 ex-OQN. Le plafond a également joué un rôle pour 7 établissements dont 5 établissements ex-QON.

La FHP-MCO a plaidé pour une adaptation rapide du dispositif pour mettre fin à ses incohérences majeures et en particulier aux injonctions contradictoires entre ce dispositif de dégressivité tarifaire et les objectifs des acteurs sur les territoires. Les paramètres d'application en 2017 (campagne 2016 vs 2015) restent les mêmes : ciblage des racines de GHM, valeur des seuils de déclenchement, taux de minoration, plancher et plafond de récupération sont identiques à ceux appliqués en 2016.

À ce jour, les seuls aménagements

proposés par la DGOS pour l'application en 2017 sont l'exclusion des petits volumes par racine et par établissement de santé par modification du décret en Conseil d'État, et celle des demandes ARS de développement d'activité formalisé et ciblé sur les racines de dégressivité.

35 600 €

C'est le coût moyen de la dégressivité tarifaire supporté par chaque clinique.

9 M€

C'est le rendement du process de dégressivité tarifaire, dont 3 millions apportés par le secteur privé.

CHAMP DES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION CONCERNÉES PAR L'APPLICATION DU MÉCANISME DE DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE ET VALEUR DU SEUIL MENTIONNÉ AU 10 DE L'ARTICLE R. 162-42-1-4 EN TAUX D'ÉVOLUTION

RACINE DE GHM	LIBELLÉ	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 éveinages	10 %
05K06	Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde	18 %
06C09	Appendicectomies non compliquées	5 %
06K05	Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire	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	Injections 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, en ambulatoire	10 %
14C08	Césariennes pour grossesse unique	5 %

(*) L'activité, à laquelle est appliqué le seuil, est mesurée en additionnant l'activité produite pour chacune de ces deux racines.

3 RAISONS DE S'OPPOSER AU PROCESS DE DÉGRESSIVITÉ

Un dispositif inutile

Le mécanisme est inutile pour maintenir les grands équilibres macroéconomiques. En effet, l'ONDAM voté est bien respecté, voire même sous-exécuté pour le secteur de l'hospitalisation privée. Ensuite, la mise en place du dispositif de coefficient prudentiel a déjà apporté une double garantie sur le respect des objectifs de dépenses de l'ONDAM. Rappelons que les résultats passés montrent qu'il n'est pas utile d'instaurer un troisième niveau de sécurité pour maintenir le respect de l'ONDAM au niveau macroéconomique. Enfin, le coût et la complexité du dispositif de dégressivité tarifaire envisagé au niveau microéconomique, établissement par établissement, ne sont pas évalués et sont disproportionnés au regard de l'enjeu. Les difficultés d'application entraîneront mécaniquement de nombreux contentieux juridiques, sources de dépenses supplémentaires. Les sommes récupérées au final par le biais de ce dispositif pourraient être dérisoires.

Un dispositif incohérent

Le mécanisme est incohérent avec de nombreuses autres politiques conduites par le gouvernement. En effet, la politique d'autorisation basée sur la réalisation de seuil minimum d'activité, et recommandée par la Haute autorité de santé, invite les établissements de santé à s'organiser pour développer des niveaux d'activité plus importants (cancérologie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, obstétrique, etc.). Surtout, le principe de dégressivité tarifaire est contraire au principe de qualité selon lequel « on ne fait bien que ce que l'on fait beaucoup ». Les politiques de santé publique conduisent à des augmentations d'activité soit au niveau microéconomique (par concentration des activités sur certains établissements : cancérologie, périnatalité, etc.) soit au niveau macroéconomique (développement national des soins

palliatifs), et sont en opposition avec un dispositif de dégressivité tarifaire. De plus, les politiques incitatives en faveur, par exemple, du développement de la chirurgie ambulatoire sont en totale contradiction avec une telle démarche de financement dégressif.

Rappelons encore que les politiques régionales de planification menées via les SROS par les ARS visent à concentrer les activités sur certains établissements - pas nécessairement par des regroupements juridiques ni par des transferts d'autorisation, mais également par le biais des filières -, ou encore à réduire les taux de fuite sur certains territoires de santé. Elles conduisent à des augmentations d'activité au niveau microéconomique orchestrées par le planificateur et sont en opposition avec le principe de dégressivité tarifaire.

Enfin, l'objectif de simplification fixé et réaffirmé par le président de la République a conduit les différents ministères, dont le ministère de la Santé, à remettre en question les réglementations trop compliquées ou redondantes. Ce nouveau dispositif de dégressivité tarifaire, de par sa complexité et sa redondance, s'inscrit en totale contradiction avec la volonté du président de la République.

Un dispositif inéquitable

Il n'est pas envisageable de pénaliser un établissement dont l'activité augmente parce qu'il est implanté sur un territoire attractif en termes de démographie, ou bien parce qu'il est le seul à réaliser telle ou telle activité de soins. Il n'est pas plus envisageable de pénaliser un établissement dont l'activité augmente parce qu'il est spécialisé dans des domaines où la demande de soins est en forte progression de manière objective (cancérologie, insuffisance rénale chronique, etc.). Le rapport charges et produits pour 2014 de la CNAMTS montre que la progression de certaines





LÉGISLATIF

LA PROPOSITION N° 12 DE LA FHP-MCO

Votre syndicat demande un retrait, ou à défaut, un aménagement du dispositif de dégressivité tarifaire. En effet, cette approche par « unité de production » doit faire l'objet d'amendements par la prise en compte de garde-fous en complétant le dispositif.

Il est nécessaire de prendre en compte, d'une part, la dimension territoriale permettant de vérifier l'évolution de l'activité au niveau du territoire, et d'autre part, les politiques sanitaires visant à lutter contre les fuites des patients sur un territoire allant jusqu'à se traduire par un engagement de croissance d'activité figurant dans le CPOM. Enfin, il est indispensable de prendre en compte les objectifs de développement de projets médicaux notamment inscrits au sein du CPOM (exemple concernant l'obésité ; la participation en tant que recours infrarégional au dispositif de gradation des soins avec le CHU de Montpellier, centre spécialisé régional pour l'obésité sévère).

maladies chroniques atteint 7 % par an. Ensuite, il n'est pas acceptable de diminuer les tarifs avec l'accroissement de l'activité, lorsque pour l'activité en question les textes réglementaires imposent un alourdissement des frais de fonctionnement en fonction du volume. C'est en particulier le cas en obstétrique et en dialyse, activités pour lesquelles l'augmentation de volume impose des augmentations de personnels, de locaux et d'équipements par le biais des normes. Il est à noter que certains établissements peuvent conduire des travaux de restructuration pouvant durer plusieurs années. De fait, l'activité s'en trouve réduite temporairement. Enfin, il n'est pas acceptable d'appliquer le dispositif de dégressivité tarifaire à des activités subissant déjà l'application d'un effet négatif au titre des tarifs issus des coûts (hémodialyse, chimiothérapie, etc.). Globalement, une baisse tarifaire de 20 % au titre de la dégressivité tarifaire constitue sans conteste une vente à perte imposée aux établissements.

BÉNÉFICE RAISONNABLE

UNE VIGILANCE EXTRÊME GRÂCE AUX TRAVAUX CONDUITS AVEC KPMG

De quoi parle-t-on ?

La Commission européenne a étudié la conformité de la réglementation française au regard du droit de l'Union européenne. La décision SIEG (service d'intérêt économique général) 2012 impose 4 conditions :

- l'existence d'un mandat (...), (correspond au CPOM) ;
- (...) les obligations d'intérêt général à la charge de l'opérateur (correspond au Code de la santé publique) ;
- des critères objectifs et transparents (...) (correspond à l'ENC qui « fixe » les tarifs) ;
- (...) ne pas excéder ce qui est nécessaire à l'exécution des obligations mises à sa charge (travaux en cours).

À ce jour, la question de l'efficacité n'est pas un élément de la discussion !

La traduction dans les textes en France est l'Article 111 dans la loi de modernisation du système de santé.

« Art. L. 6116-3.-Les établissements de santé transmettent chaque année leurs comptes à l'agence régionale de santé. Pour les établissements de santé privés, l'ARS peut, en complément, demander la transmission des comptes des organismes gestionnaires. »

« Sur la base de ces données comptables, l'ARS contrôle l'absence de surcompensation financière sur le champ des activités mentionnées à l'article L. 6111-1. Elle procède, le cas échéant, à la récupération des sommes indûment déléguées. »

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles de calcul et d'application de la surcompensation et détermine les modalités de transmission des comptes et de répartition des charges et des produits entre les activités mentionnées à l'article L. 6111-1 et les autres activités, les modalités de contrôle et de publicité, ainsi que le mécanisme de récupération. »



Quelle mise en œuvre ?

Trois points majeurs sont à fixer dans les textes :

- l'identification des charges et des produits entrant dans le champ d'application de la mesure ;
- la définition du bénéfice raisonnable ;
- les modalités de contrôle et de récupération des éventuelles surcompensations.

Les travaux FHP-MCO

Deux groupes de travail FHP-MCO de référence ont été mis en place : un est constitué de DAF et l'autre d'élus issus des membres du bureau et du conseil d'administration.

Ces groupes ont été accompagnés dès fin 2015 par l'équipe de KPMG en charge d'accompagner la réflexion et de conduire notamment des travaux de simulation d'impacts en fonction des options qui pourraient être retenues, et ce, avec le soutien de 46 établissements de santé. Ces travaux ont permis d'apprécier les options éventuelles qui pourraient être envisagées par le gouvernement, d'en mesurer les risques pour les cliniques et hôpitaux privés et d'être force de propositions pour mieux défendre la profession.



FINANCEMENT

RECHERCHE CLINIQUE : ACCÈS AUX FINANCEMENTS MERRI

Les recours juridiques portés au niveau européen ont permis des avancées législatives concernant la capacité du secteur hospitalier privé à participer aux MERRI. Nos établissements participent de façon croissante à l'ensemble des appels à projets du ministère (PHRC, PRT, PRME, PREPS, etc.).

Un chantier important est celui de la modélisation de la part socle (anciennement part fixe et modulable). Avec la disparition de la part fixe historique MERRI, l'attribution de ces crédits fait l'objet de travaux d'expertise. Cette dotation représente près de 2 milliards d'euros et est intégralement répartie en fonction d'indicateurs d'activité.

Les travaux concernant la gestion de cette enveloppe MERRI se poursuivent, en concertation avec les fédérations. Les travaux menés ont permis des avancées significatives dans le calcul des indicateurs d'activités et le secteur émerge dorénavant au prorata de ses efforts dans l'exercice des activités d'enseignement, de publication et d'essais cliniques qu'il réalise, à égalité de traitement avec les autres secteurs. Les efforts actuels de mutualisation entre établissements, souvent matérialisés par la création de GCS, permettent à l'hospitalisation privée d'être identifiée comme un acteur reconnu dans la recherche médicale.

Tous ces travaux vont dans le sens de nos revendications pour plus d'équité et pour une meilleure définition des enveloppes MIGAC. La logique aujourd'hui prônée par les tutelles est celle de la justification au premier euro.



MUTATION RESPONSABLE, ENSEMBLE, NOUS SOMMES INNOVANTS

Notre secteur est dynamique et agile. Vous impulsez des idées, lancez des initiatives, explorez de nouveaux modèles économiques dans les champs de la recherche, de la RSE ou des nouveaux parcours de soins. Tantôt moteur, tantôt soutien, la FHP-MCO est présente.



FINANCEMENT

RÉFORME DE LA TARIFICATION : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

Radiothérapie. Lancée il y a plus de 10 ans, la réforme visant à intégrer la radiothérapie privée dans le modèle de financement T2A n'a toujours pas abouti, et s'est muée en expérimentation de financement du parcours pour le traitement des cancers du sein et de la prostate. Les travaux sur les évaluations économiques nécessaires se poursuivent.

Dialyse. La FHP Dialyse a suivi les propositions faites en vue de l'expérimentation d'un parcours de soins en dialyse. Après la diffusion des conditions réglementaires via une dépêche FHP-MCO, elle a sollicité les régions expérimentatrices du parcours de soins sur les projets de cahiers des charges proposés. Elle adressé ses remarques au ministère qui souhaitait avoir son avis sur ce sujet. Elle reste vigilante sur la mise en place de ces parcours et regrette qu'aucun accompagnement financier spécifique ne soit pour l'instant prévu.

Chirurgie ambulatoire. Concernant la question du financement du parcours de soins, nous proposons d'envisager la construction d'un modèle de rémunération à l'épisode de soins pour la seule chirurgie ambulatoire.

Aujourd'hui, le mode de tarification « en silo » – chaque intervenant facturant pour son compte et sans obligation d'échanger avec les autres acteurs -, ne permet pas de garantir totalement une prise en charge globale et coordonnée du patient. En effet, la coordination n'est pas financée elle-même. De nombreuses structures ont mis en place des moyens pour assurer une qualité et sécurité de la prise en charge en ville : infirmière coordinatrice, plateforme de télé-suivi, information/formation des professionnels de ville, élaboration et diffusion de protocoles, etc.

Cette coordination devrait comporter a minima l'information et le suivi du patient (satisfaction, résultats cliniques, etc.) et des

accompagnants, celle du médecin traitant et des autres professionnels de santé, la coordination des acteurs sanitaires et sociaux, y compris établissements de santé, et enfin le recueil des résultats mentionnés ci-dessus.

Le patient doit rester évidemment libre de recourir aux professionnels et aux établissements de santé de son choix. Le point de départ d'une expérimentation consisterait à analyser sur la plus grande population possible et sur une durée à définir l'ensemble des coûts payés par l'Assurance maladie pour une intervention donnée (dépenses hospitalières et dépenses de ville). L'ensemble de ces coûts ainsi défini est appelé « coût de base par épisode de soins ».



NORMES

LE S3404 PAPIER : ARLÉSIE NNE OU RÉALITÉ ?

La FHP-MCO porte le sujet de la simplification des normes depuis plusieurs années et, en particulier, depuis le séminaire du conseil d'administration FHP-MCO de septembre 2014. Une présentation d'un projet de la CNAMTS avait alors été effectuée sur un sujet particulièrement symbolique de la dématérialisation à la source du bordereau S3404 et la gestion de la signature manuscrite numérique.

Nous avons eu le plaisir d'acter la publication du cahier des charges sur le site du GIE SESAM-Vitale à l'intention des éditeurs, ainsi que sur le site ameli.fr.

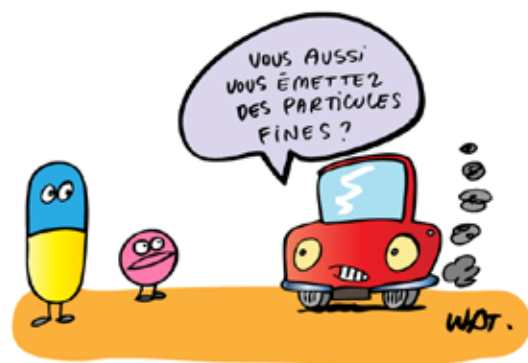
DÉVELOPPEMENT DURABLE

**LES CLINIQUES
PASSENT AU VERT**

Résolument tournés vers l'avenir, les établissements de santé privés MCO constituent le peloton de tête en France des établissements engagés dans une démarche de développement durable. La responsabilité sociétale des entreprises (RSE) nous invite à aller au-delà des seules exigences réglementaires.

Depuis la loi Grenelle, la France a multiplié les réglementations relatives à la RSE afin d'harmoniser les objectifs et les pratiques sur le territoire, quel que soit le secteur d'activité. Le plan d'adaptation au changement climatique (PNACC), le plan national santé environnement (PNSE3) et sa déclinaison en région (PRSE3), le plan micro polluants, sont autant de nouvelles réglementations qui pèseront sur l'économie de la santé à court terme, pour en réduire la facture et les impacts négatifs à plus long terme. La transition énergétique de l'hospitalisation privée constitue un véritable défi : transformer les organisations pour réduire les impacts économiques, environnementaux et sanitaires de leur activité.

Ces démarches visent à réduire les impacts des cliniques sur l'environnement, à anticiper la taxe carbone de 2020, mais sont aussi autant de sources d'économies potentielles.



Données 2015 de l'Observatoire de la performance et du développement durable en santé 2016. Travaux réalisés par la FHP avec l'appui de l'agence Primum Non Nocere. 158 cliniques et hôpitaux privés de France métropolitaine ont participé à cet observatoire.



**OBSERVATOIRE
DES CLINIQUES
ENGAGÉES**

CONSOMMATION EN KWH

Le ratio énergétique en kWh par journée d'hospitalisation moyen est de 108,34. La borne basse est de 16,62 et la borne haute de 476,68.

ÉNERGIES RENOUVELABLES

La moyenne nationale du pourcentage d'énergies renouvelables dans le mix énergétique du fournisseur s'élève à 13,53 %. La borne haute est de 30 et la borne basse de 9.

GAZ À EFFET DE SERRE

La moyenne nationale s'élève à 13,66 kg équivalents CO2 par m² et par an. La borne haute s'élève à 74,10 et la borne basse à 1,00.

EAU

La moyenne nationale s'élève à 470,69 litres par journée d'hospitalisation. La borne haute est à 1591,65 et la borne basse à 120,95.

DÉCHETS

Les établissements audités trient en moyenne 11 déchets, jusqu'à 30 déchets pour certains. 56,61 % des déchets sont tracés et triés.

NAISSANCE

RECONQUÉRIR DES PARTS DE MARCHÉ

Le monde de la périnatalité est en pleine mutation et la diminution de la natalité attestée par le dernier rapport INSEE est générale. Les maternités privées subissent cette baisse encore plus durement que le secteur public. Si le nombre d'accouchements a diminué en un an de 1,33 % dans le secteur public, la baisse a été de 5,24 % dans le secteur privé.

Dans ce contexte général, la situation des maternités est difficile et les pousse à se restructurer. Forte de ce constat, la FHP-MCO a obtenu en 2016 l'augmentation des tarifs de cinq GHM naissance. La convention MCO de mai a été l'occasion de déployer un plan maternité autour de quatre axes de travail : tout d'abord celui de développer la communication externe pour améliorer l'image des maternités privées auprès du grand public ; accroître l'information en direction des femmes sur l'offre des maternités privées, mais également sur l'avant et l'après accouchement ; promouvoir les complémentarités entre les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes ; intensifier les actions en direction des tutelles afin de négocier la refonte des niveaux 1, 2 et 3 des maternités à l'image de l'évolution des services d'urgences.



PUBLICATION

DATA MATERNITÉS PRIVÉES, ÉTAT DES LIEUX 2016

Le groupe expert Naissance a réalisé un questionnaire à l'attention des maternités privées qui reprend les enjeux évoqués au fil des réunions. Les résultats ont fait l'objet d'un numéro de *Data*. Deux enseignements. Ce questionnaire a permis de montrer qu'un projet de naissance indiquant les attentes précises des parents sur le déroulement de la naissance est pris en compte (péridurale, accouchement en salle physiologique, allaitement maternel ou non, chambre particulière, modalités du retour à la maison, etc.), et que ce projet de naissance est formalisé dans 58 % des établissements audités.

L'ACTIVITÉ D'OBSTÉTRIQUE EN CHIFFRES

119

maternités privées accueillent 200 000 naissances

25 %

des parts de marché

31

départements français ne disposent plus de maternité de statut privé

70 %

des gynécologues-obstétriciens et 80 % des pédiatres proposent un accès en secteur 1

NAISSANCE

QUELS ÉTABLISSEMENTS CHOISSENT LES MAMANS ?

51 % des jeunes primiparturientes estiment probable d'accoucher dans une maternité privée. A l'inverse, 70 % des femmes déjà mères envisagent d'accoucher dans une maternité publique.

83 % des femmes enceintes interrogées ont choisi dès le premier trimestre le type de maternité où elles souhaitent accoucher, un choix qui s'affine tout au long de la grossesse. Néanmoins, à ce stade, un tiers des femmes s'estiment encore mal informées sur les critères qui pourraient orienter leur choix.

Parmi les répondantes¹ qui avaient choisi une maternité privée, 75 % étaient certaines de leur choix. Parmi celles qui avaient choisi un hôpital, 61 % étaient certaines, 34 % étaient relativement sûres de vouloir accoucher dans ce type de maternité, et 5 % étaient encore hésitantes. Ces populations encore hésitantes constituent une marge de progression pour le secteur privé.

86 % sont fidèles à un type de maternité et 14 % ont déjà changé au moins une fois de type d'établissement. Un changement légèrement moins favorable aux cliniques qui ne sont choisies que dans 41 % des cas alors que l'hôpital est choisi dans 46 % des cas sans retour.

1. 73 % des femmes interrogées ont accouché au moins une fois dans une maternité publique, 31 % dans une maternité privée. Enquête IPSOS réalisée en septembre 2016 sur un échantillon de 312 femmes enceintes et 708 mamans.



NAISSANCE

ETUDE ETHNOGRAPHIQUE DU WEB

La FHP-MCO a sollicité l'institut de sondage Ipsos pour mieux comprendre les raisons de la baisse du nombre d'accouchements dans le secteur privé, et mieux connaître le processus de choix et de décision des femmes concernant leur établissement. Elle a ainsi diligenté une étude ethnographique du web pour analyser les expressions spontanées des femmes sur la toile, intitulée « choisir sa maternité ». Elle l'a assortie d'une étude quantitative « attentes et besoins à l'égard des maternités » qui a été présentée lors du séminaire stratégique du conseil d'administration et aux membres du groupe expert Naissance.

3

niveaux de prestations hôtelières sont majoritairement proposés

76 %

s'inscrivent dans une démarche de développement durable, 12 % ont un label environnemental

53 %

sont présentes sur les réseaux sociaux

68 %

organisent des événements permettant de communiquer avec le grand public

PARTIES PRENANTES, ENSEMBLE, NOUS SOMMES RESPONSABLES

Les travaux des groupes experts sont indispensables aux décisions et actions syndicales, dont celles de communication. Notre responsabilité est engagée à toutes les étapes.





GROUPE EXPERT QUALITÉ

LA QUALITÉ EST UN SUJET STRATÉGIQUE

Dès sa création, le groupe expert Qualité de la FHP-MCO s'est fixé comme objectifs d'améliorer la visibilité et la prise en compte des intérêts et spécificités des établissements MCO privés sur les sujets liés à la qualité. Il s'agit de créer des liens avec les établissements expérimentateurs pour bénéficier de retours d'expériences et souligner les points de vigilance. Il s'agit également de contribuer à formaliser et étoffer les positions de la FHP-MCO qui sont ensuite relayées auprès des instances (HAS, DGOS) par les permanents de la FHP-MCO, de la FHP ou par le BAQIMEHP. Outre les réunions programmées, le groupe est sollicité dès que l'actualité le nécessite. En 2016, le groupe a travaillé sur la certification V2014 (visites non annoncées, qualité de vie au travail), le dispositif IFAQ (construction des modèles 2016 et 2017), les IPAQSS (diffusion publique d'indicateurs existants tel le BN SARM, ou

expérimentations de nouveaux indicateurs, qualité du document de sortie, chirurgie ambulatoire, taux de ré-hospitalisation à 7 jours), le dossier e-satis, la conciliation médicamenteuse, et la contractualisation avec les ARS (consultation sur le projet d'arrêté CAPES, mise en place des PAPRAPS).

Pilotes : Dr Marc Attia, président du groupe Hexagone Hospitalisation et Gérard Reysseguier, directeur général de la Clinique Sarrus Teinturiers à Toulouse.

GROUPE EXPERT ÉVOLUTION DE LA CLASSIFICATION GHM EN SYNERGIE AVEC LE CLUB DES MÉDECINS DIM

Composé de médecins DIM, il sert de support pour répondre aux questions relatives à l'information médicale et à l'évolution de la classification posées au syndicat. Ces questions et retours d'adhérents sont très précieux pour étayer ou formaliser les positions de la FHP-MCO. Outre les réunions programmées, le groupe expert est sollicité à date régulière (comme à l'occasion de la publication de la version provisoire du guide méthodologique) ou dès que l'actualité le nécessite.

Ainsi, les membres travaillent et sont consultés sur des sujets très techniques comme la mise à jour du document *Retour d'expérience « Anomalies de groupage/Tarifification »*, l'élaboration des ordres du jour des réunions du Club des médecins DIM, les travaux menés par l'ATIH dans le cadre du Comité technique MCO, l'actualisation du Guide méthodologique du PMSI MCO, les questions liées aux campagnes tarifaires (radiations partielles de médicaments de la liste en sus, recueil lié aux MIG, MERRI ou à la liste en sus - FICHSUP BHN, PPCO, FICHCOMP ATU, etc.), l'évolution du financement des activités de médecine ambulatoire ou encore la révision des bornes

Pilote : Dr Marie-Paule Chariot

GROUPE EXPERT NAISSANCE

Le groupe expert Naissance s'est réuni 4 fois en 2016 pour accompagner la mise en œuvre du plan maternités.

Pilotes : Marie-France Gaucher, directrice générale de la Polyclinique de Navarre à Pau, et Gérard Reysseguier, directeur général de la Clinique Sarrus Teinturiers à Toulouse.



Dr Marc Attia, Gérard Reyseguier, Marie-France Gaucher, Dr Marie-Paule Chariot, Pascal Delubac, Paolo Silvano, Jean-Marc Frénéhard et Laurent Ramon

GROUPE EXPERT JURIDIQUE

PLUS DE 40 PROJETS DE TEXTES ANALYSÉS PAR LE GROUPE EXPERT JURIDIQUE

Le groupe expert Juridique est composé de 21 membres sous le pilotage de Pascal Delubac et Paolo Silvano, membres du bureau de la FHP-MCO. Trois réunions physiques du groupe se sont tenues en 2016. Les membres du groupe échangent par e-mail en dehors des réunions pour faire remonter de façon très réactive leurs observations sur les projets de textes. Ainsi, une quarantaine de projets de décrets et d'arrêtés ont été analysés. Ils concernent le SPH, les GHT, les GCS, ou encore le pacte territoire santé, les conseils territoriaux de santé et les PRS, le PDESE, ou encore la PUI. Une analyse en routine est également effectuée, en lien avec le service juridique, sur les projets de textes soumis à la concertation. En 2016, cette analyse a porté sur le projet d'instruction pour la mise en œuvre de la pharmacie clinique en établissement de santé et sur le projet de décret relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients (hôtels hospitaliers).

Pilotes : Pascal Delubac, directeur régional Médipôle-Partenaires et Paolo Silvano, secrétaire général de Vivalto Santé

GROUPE EXPERT ACTIVITÉS

PERFORMANCE, EN AVANT TOUTE !

Le groupe expert Activités a principalement travaillé sur le sujet stratégique de la radiologie interventionnelle et de son futur régime d'autorisation.

Les membres du groupe se sont également intéressés à la nouvelle étude sur l'application du TISS 28 dans un service de surveillance continue spécialisé dans la prise en charge des patients atteints de pathologies rénales. Ils ont aussi particulièrement suivi les évolutions souhaitées de la T2A dans le cadre de la mission Véran. A leur actif citons entre autres les travaux de simulation sur la mise en place d'un financement mixte (part forfaitaire et part à l'activité) pour certaines activités (soins critiques, soins palliatifs, obstétrique).

Le groupe a enfin initié la mise en route du nouveau Club Pharmacie.

Pilotes : Jean-Marc Frénéhard, directeur du groupe Courlancy et Laurent Ramon, directeur général du groupe Cap Santé.



PUBLICATION

DIALOGUER AVEC LE CORPS MÉDICAL

Trois fois par an, la rédaction de *Dialogue Santé* publie un dossier sur une question d'économie de la santé, en direction des praticiens. Ce quatre pages, grand format, tiré à 35 000 exemplaires, est un trait d'union entre le gestionnaire et le médecin, entre les managers et le corps médical, et s'appuie sur les présidents de CME.

Le n° 22 de novembre 2016 est revenu sur le feuillet des négociations conventionnelles qui a duré six mois. Les cinq syndicats conventionnels – Le Bloc, la FMF, le SML, MG France et la CSMF – se sont tous posés les mêmes questions. Faut-il donner la priorité à des améliorations immédiates des conditions financières d'exercice ? Cultiver une opposition forte sur le temps long ? Changer le système de l'intérieur ou agir librement depuis l'extérieur ? En juillet, *Dialogue santé* n°21 s'intéressait à la conversion accélérée d'une chirurgie traditionnelle en une chirurgie ambulatoire. En effet, hormis quelques poches de résistances qui présentent des taux de prise en charge en ambulatoire particulièrement bas, on peut considérer que tous les actes dits « aisés » sont maintenant, presque partout en France, effectués en ambulatoire. De plus, des équipes chirurgicales pionnières ouvrent de nouvelles voies et invitent leurs pairs à les suivre dans des pratiques innovantes. L'herbe est-elle plus verte outre-Rhin ? En février, *Dialogue Santé* n° 20 invitait en février ses lecteurs à un voyage en Allemagne, pays où l'équité de financement entre les deux secteurs hospitaliers public et privé et leur saine émulation créent les conditions de la performance et de la solidité du système sanitaire.

Signature de l'accord NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES, ET APRÈS ?



Dans un contexte de crise budgétaire et d'attente de la réforme de la tarification à l'acte, les négociations conventionnelles ont engagé les représentants des praticiens et des patients.

Présidente FHP-MCO

Après six semaines de négociations, la signature de l'accord a été officialisée le 22 novembre 2016. Ce document, qui a été signé par les représentants des praticiens et des patients, est le fruit de six mois de discussions et de négociations. Les négociations ont été structurées autour de quatre axes principaux : la tarification à l'acte, la prise en charge des actes, la formation et la recherche, et la qualité des soins. Les négociations ont été structurées autour de quatre axes principaux : la tarification à l'acte, la prise en charge des actes, la formation et la recherche, et la qualité des soins.

En quoi la convention médicale répond-elle aux enjeux actuels de santé ?

La convention médicale est un cadre de référence pour les négociations conventionnelles. Elle définit les conditions de travail des praticiens et des patients, et vise à améliorer la qualité des soins et la performance du système de santé. Elle est le fruit de six mois de discussions et de négociations.

RÉANIMATION LES RÉANIMATEURS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE S'ASSOCIENT

Les réanimateurs travaillant en clinique privée se mobilisent pour défendre leur activité. La réforme du droit des autorisations annoncée par la DGOS nourrit leurs inquiétudes. La FHP-MCO leur offre des moyens logistiques et une analyse de données PMSI pour décrire leur activité. Compte tenu des autorisations dont ils disposent, les réanimateurs exerçant dans des établissements privés font autant et aussi bien que ceux exerçant dans le secteur public.

GHT LA FHP-MCO CHEZ LES ACADÉMICIENS

Le syndicat a répondu à l'appel de l'Académie nationale de chirurgie qui s'est inquiétée de la réforme des groupements hospitaliers de territoire, opérée sans tenir compte de la chirurgie libérale. La FHP-MCO a réalisé une analyse des données PMSI de 2009 à 2015 qui confirme le poids des cliniques privées : elles produisent 56 % de l'activité nationale de chirurgie et ont continué à progresser depuis 2009 (+5,8 %), même si le secteur public a davantage profité de la T2A, de l'augmentation et du vieillissement de la population.



RELATION AVEC LE PUBLIC

PARLER LA LANGUE DES USAGERS

Le 22 septembre 2016, la FHP-MCO a organisé son 7^e congrès des représentants des usagers et associations de santé. Ce congrès a réuni près de 250 participants et fut l'occasion pour le syndicat d'aller à nouveau à la rencontre des usagers et de leurs représentants. Parler la langue des usagers, c'est pouvoir avec eux nous retrouver ensemble autour d'un projet et comprendre le rôle et les difficultés de chacun.

Le programme de la journée est systématiquement élaboré avec des représentants des usagers issus d'associations agréées. Ce comité a choisi en 2016 d'aborder le sujet des plaintes et des réclamations des patients avec un focus sur les bonnes pratiques à mettre en place pour les traiter. C'est sous la forme d'un jeu de rôles, avec l'implication des permanents de la FHP-MCO, d'une équipe de soins, de gestionnaires d'un établissement ainsi que de leurs représentants des usagers que cette thématique a été présentée.

Actualité oblige, le deuxième sujet de cette édition fut l'analyse des conséquences de la loi de santé sur le rôle du représentant des usagers. Par ailleurs, le congrès ménage toujours une place à un grand témoignage : il fut en 2016 consacré aux lanceurs d'alerte en santé. Nous pouvons noter que la Fondation des usagers de la FHP a été très largement présentée.



PUBLICATION

ACTES DE COLLOQUE

Le congrès annuel des usagers est un temps fort de la vie démocratique de la FHP-MCO. Les interventions des invités les échanges avec la salle sont intégralement retranscrits et 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. Elles sont disponibles sur le site internet du syndicat.

RELATION PRESSE

LE SECTEUR MCO DANS LES RADARS DES MÉDIAS

En 2016, les journalistes de médias influents se sont intéressés à différentes prises de position de la FHP-MCO, concernant la baisse du nombre de maternités privées, la campagne tarifaire, le dispositif DGOS sur l'HAD post-chirurgie, la première évaluation des ARS par les cliniques, etc.

15 rendez-vous informels et interviews de Ségolène Benhamou ont été organisés avec l'APM, *Hospimedia*, *Le Quotidien du médecin*, l'AFP, *Le Parisien*, *Décision Santé*, etc. afin d'appuyer les positions de la FHP-MCO.

Les médias cœur de cibles se sont également mobilisés autour des événements organisés par la FHP-MCO, que ce soit la convention annuelle ou encore le congrès des représentants des usagers.

Au total, l'ensemble des actions presse et communication - comme les newsletters le *13h* ou les différentes dépêches - ont permis de générer 126 retombées presse en 2016.

Les sujets sont majoritairement repris par la presse en ligne, qui traite et reprend plus facilement les réactions à chaud, les dépêches FHP-MCO ou encore les newsletters. Quelques articles conséquents sont également parus dans la presse écrite ou sous forme de dépêches d'agences de presse, spécialisées ou généralistes. Ces articles faisaient majoritairement écho aux actualités relayées lors d'événements de la FHP-MCO.

Focus sur la convention 2016

La convention annuelle a eu lieu dans un contexte difficile pour les établissements de santé privés, avec des contraintes budgétaires très fortes et des décisions politiques dogmatiques.

Elle a permis d'évoquer les actions et réactions des cliniques face aux plans

d'économies, de présenter les résultats de la première année de son baromètre sur les relations des établissements de santé privés MCO avec leur ARS et de présenter l'état des lieux de l'obstétrique privée et les actions mises en place. Des actualités et prises de position relayées largement par la presse professionnelle comme *Hospimedia*, *Egora*, *APM*, *Le Quotidien du Médecin*, *Décision Santé*. Le sujet des maternités a été également repris par l'AFP et par la presse grand public comme *Le Figaro*, etc. 30 retombées ont ainsi été comptabilisées.



126
retombées presse

COMMUNICATION DIGITALE UN NOUVEAU SITE INTERNET

En 2016, le site de la FHP-MCO (www.fhpmco.fr) a comptabilisé 132 788 visites soit 20 000 visites de plus qu'en 2015. Différents contenus sont relayés ; les rubriques de la newsletter *Le 13h* (le billet de la présidente, les points d'actualité et une interview ou un dossier), le contenu des *Fil bleu*, *Fil rose*, *Fil vert* et les dépêches (expert et évènement). Les articles sur l'actualité en santé connectée ainsi que les dépêches expert sont les contenus les plus lus. L'intérêt pour notre site web est manifeste : en moyenne, les visiteurs y passent 1 minute 20, et consultent 1,66 pages. Fin 2016, le site a été mis en maintenance pour migrer vers une nouvelle interface, lancée en janvier 2017.



GESTION ÉLECTRONIQUE DES DOCUMENTS

Partager ses documents, collaborer et accéder aux informations facilement... C'est devenu une réalité au sein de la FHP-MCO et des groupes experts, grâce à la mise en place de la plateforme documentaire DYNEDOC. Environ 150 personnes utilisent cet outil dont les membres du bureau pour préparer leurs réunions.



RÉSEAUX SOCIAUX LA FHP-MCO TWITTE

Le fil Twitter de la FHP-MCO a gagné plus de 800 abonnés soit un total de 1 740 abonnés à ce jour. La communication sur notre compte prend diverses formes ; il partage des informations du site web de la FHP-MCO et il relaie des actualités des établissements de santé partenaires ou des innovations médicales par exemple. @fhpmco



BLOG « À VOTRE SANTÉ ! »

Le blog de la présidente (<http://leblogdupresident.fhpmco.fr>) reprend tous les billets écrits par Ségolène Benhamou, diffusés dans *Le 13h*. La mise à jour est effectuée chaque lundi.



RÉSEAUX SOCIAUX UN FLUX RSS

Le flux d'informations (RSS) de la FHP-MCO (<http://feeds.feedburner.com/FHPMCO>) permet d'être averti dès qu'un nouvel article est disponible sur le site. Fin 2016, plus de 537 abonnés (+ 19 %) ont bénéficié de ces alertes.



SOCIAL WALL « MUR SOCIAL »

En 2017, la FHP-MCO a pour projet de déployer un *Social Wall* qui regroupe sur une même page internet l'ensemble des contenus partagés par les établissements de santé MCO sur les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, Youtube). Son principal objectif est de démultiplier la communication des adhérents.





RETOUR SUR, TOUTE L'ANNÉE, NOUS SOMMES ENSEMBLE

*13h, Fil bleu, Fil vert, Fil rose, Dépêches,
12 mois sur 12 nous sommes sur la même
longueur d'onde...*



ÉDITOS.

1 500 SIGNES POUR INTERPELLER ET MOBILISER LES ACTEURS

04 JANVIER 2016

Une bonne santé !

11 JANVIER 2016

Enfin un financement
« promotionnel »

18 JANVIER 2016

Du pacte de stabilité
2015-2018 à la campagne
tarifaire 2016

25 JANVIER 2016

Un système qui
s'emballé !

01 FÉVRIER 2016

Suivez le *Fil bleu*...

08 FÉVRIER 2016

Imaginer un monde
nouveau

16 FÉVRIER 2016

A quand une Grande
conférence sur le
système de santé ?

22 FÉVRIER 2016

T2A : qu'en pensez-
vous ?

29 FÉVRIER 2016

2016, l'année des
patrons ?

07 MARS 2016

Bis repetita

18 JANVIER 2016

DU PACTE DE STABILITÉ 2015-2018 À LA CAMPAGNE TARIFAIRE 2016

Que représente notre secteur dans l'écosystème européen ? Quand, à un bout de la chaîne de commandement, l'Europe tousse, à l'autre bout nos GHS peuvent diminuer. Certains appellent cela « l'effet papillon »... La France s'est solennellement engagée devant le Conseil de l'Union européenne à réduire ses dépenses publiques : de 3,8 % du PIB en 2015, le déficit doit passer à 3,3 % en 2016 et à 2,7 % en 2017. La santé ne fait pas partie des secteurs préservés que sont l'éducation, la justice, la sécurité et l'investissement pour préparer l'avenir.

Nous observons un effet « domino » : un déficit contenu à 3,3 % du PIB nécessite une diminution de 0,8 % des dépenses publiques, donc un ONDAM qui passe de 2,05 % à 1,75 % et au final 3,3 milliards d'euros d'économies attendues sur la santé (...). Tout cela est inscrit dans le « Programme de stabilité 2015-2018 » de l'État et constitue une chape de plomb que notre colère ne fissurera pas. Dans ce contexte, rien ni personne ne changera les tendances de fond de la campagne tarifaire 2016 dont les premiers éléments connus ne sont pas bons.

19 DÉCEMBRE 2016

MESURER LA SATISFACTION DES PATIENTS

La santé du patient est le point de départ et d'arrivée de notre métier. Écouter ses attentes, viser l'excellence de sa prise en charge dans nos établissements de santé et veiller à l'aval de son parcours, telles sont nos responsabilités quotidiennes. Ainsi, à l'issue de chaque séjour, nous espérons avoir gagné sa satisfaction.

E-satis est le premier indicateur national de la satisfaction globale des patients hospitalisés (...). Nous plébiscitons une démarche de transparence, voire nous l'initions, mais nous devons nous assurer que l'outil de mesure est performant pour produire une juste photographie de la réalité (...). Ce dossier nous conforte dans les efforts déployés par la FHP-MCO en amont, pour être partie prenante dans la construction technique des indicateurs, mais aussi dans notre volonté d'agir en aval, afin d'améliorer l'outil au service de la transparence due aux patients.

18 AVRIL 2016

L'ANGOISSE DU RESPECT DE L'ONDAM

À qui la faute ? Aux médecins de ville, tantôt les « pivots du système de santé », tantôt trop dispendieux quand ils dépassent leur enveloppe de 270 millions d'euros. Et aux médicaments de la liste en sus, tantôt fierté de l'innovation française, tantôt trop chers quand leur coût progresse de 5,1 %. L'urgence de trouver une autre politique que celle du « rabet » est réelle. Et si on appliquait vraiment la politique de l'efficience ?

20 JUIN 2016

LA VALEUR DE L'ENGAGEMENT

Une démocratie qui se respecte est une démocratie qui respecte ses administrés. Le respect des symboles de notre pays – comme une signature qui engage une haute institution – est une des fondations majeures de notre société démocratique. Comment compter sur une attitude citoyenne des Français quand la République elle-même ne respecte pas ses engagements, en commençant par les plus modestes comme celui de financer les transports SMUR ?

15 MARS 2016

Où est la vision à long terme ?

21 MARS 2016

Quel classement pour votre ARS ?

29 MARS 2016

Pertinence, vous avez dit pertinence ?

04 AVRIL 2016

Le tour de France

11 AVRIL 2016

La valse des responsables

18 AVRIL 2016

L'angoisse du respect de l'ONDAM

25 AVRIL 2016

Vous avez dit « efficience » ?

02 MAI 2016

L'éthique de nos métiers

09 MAI 2016

Rebondir !

18 MAI 2016

Une profession prête à rebondir

23 MAI 2016

L'Euro 2016

30 MAI 2016

Un essai à transformer

06 JUIN 2016

Faire face !

13 JUIN 2016

L'efficience des financements comme règle d'or

20 JUIN 2016

La valeur de l'engagement

27 JUIN 2016

Crise ? Non, mutation

04 JUILLET 2016

Travailler ensemble
mais différemment

11 JUILLET 2016

Objectif 2017 : un volume
prévisionnel réaliste

18 JUILLET 2016

Nous fêtons tous le
14 Juillet

25 JUILLET 2016

La culture de l'évaluation

05 SEPTEMBRE 2016

La rentrée sera politique

12 SEPTEMBRE 2016

Vous avez dit
« Raisonnable » ?

19 SEPTEMBRE 2016

Bouger les lignes

27 SEPTEMBRE 2016

L'ONDAM hospitalier 2017
augmentera de 2 %

03 OCTOBRE 2016

Des marges de
manœuvre avec le
remanufacturing

11 OCTOBRE 2016

Des chiffres justes mais
une analyse erronée

17 OCTOBRE 2016

La prescription médicale
sous pression financière ?

24 OCTOBRE 2016

Une tarification à
l'épisode de soins

31 OCTOBRE 2016

La dégressivité tarifaire,
une dégénérescence
administrative

22 NOVEMBRE 2016

GHT, ENTRE FANTASME ET RÉALITÉ

Que faut-il penser des GHT ? Justement, ça dépend ! Les Groupements hospitaliers de territoire sont par définition « territoire-dépendant ». Cette coordination forcée des hôpitaux publics pourrait signifier à terme un changement d'ère pour certains d'entre nous, ou une formalité pour ceux qui jouissent de situations monopolistiques ou particulières. Pour tous, des remous sont à attendre si l'on en croit l'une des propositions portées par la FHF : « L'organisation nouvelle doit conduire à privilégier les coopérations public-public et revoir les conventions et partenariats anciens. »

(...) Certes, les GHT portent en eux la promesse d'une rationalisation de l'offre publique de soins et en théorie des économies substantielles. Et certes nos tutelles affichent une volonté de maintien des partenariats public-privé existants. Mais la dynamique des GHT risque d'être un accélérateur des zones de fragilité de nos cliniques et même un facteur de déstabilisation : aspiration d'activités, captation de filières de patients, coups de boutoir dans nos autorisations. Une fois passée la discorde entre acteurs publics, cette réforme va libérer leurs appétits au sein de leur propre famille et au-delà stimuler leur volonté de conquête.

08 FÉVRIER 2016

IMAGINER UN MONDE NOUVEAU

Le vieux monde se meurt et le nouveau tarde à apparaître. Si le gouvernement annonce 170 nouvelles mesures de simplification en faveur du développement économique et de l'emploi, le choc de simplification en santé se résume pour l'heure à la suppression de l'accent circonflexe.

11 OCTOBRE 2016

DES CHIFFRES JUSTES MAIS UNE ANALYSE ERRONÉE

Les établissements de santé privés sont implantés tant dans des zones dites « favorables » que « défavorables ». Dans la vraie vie, c'est tout d'abord la tutelle, par la distribution des autorisations et demain par l'organisation de l'offre via les GHT, qui préempte l'orientation des patients, au risque de remettre en cause leur libre choix. Puis interviennent les praticiens de ville qui ont chacun leurs réseaux de correspondants, et, enfin, le choix final appartient à de l'utilisateur.

07 NOVEMBRE 2016

Une nécessaire restitution

14 NOVEMBRE 2016

Ambulatoire, remettre de la cohérence

22 NOVEMBRE 2016

GHT, entre fantasme et réalité

28 NOVEMBRE 2016

Des allocations IFAQ pour Noël

05 DÉCEMBRE 2016

La virage de la télémédecine

12 DÉCEMBRE 2016

Un dégel partiel du coefficient prudentiel ?

19 DÉCEMBRE 2016

Mesurer la satisfaction des patients

26 DÉCEMBRE 2016

Une initiative lumineuse

28 NOVEMBRE 2016

DES ALLOCATIONS IFAQ POUR NOËL

La ténacité finit parfois par payer ! D'ici la fin de l'année, les établissements classés dans les deux premiers déciles percevront leur allocation IFAQ, pour la première année généralisée. Un petit cadeau de Noël qui vient récompenser les efforts et les résultats des établissements les plus « méritants », et envoie aux équipes un signal de reconnaissance de la qualité de leur travail.

(...) La FHP-MCO travaille sur le financement à la qualité depuis 2010 et a obtenu l'an dernier, dans le cadre du dispositif expérimental IFAQ, 2,9 millions d'euros, qui ont été alloués à notre secteur sur des critères objectifs et identiques pour tous les établissements de santé publics et privés. Rappelons que ce modèle de financement est l'un des rares, avec Hôpital Numérique, à être construit de manière transparente et équitable.

(...) Nous restons très attachés à une démarche « promotionnelle » de valorisation de l'excellence en matière de qualité et de sécurité des soins, qui profite en premier lieu aux patients. C'est un levier très efficace pour tirer vers le haut tout un secteur, à condition que le modèle de financement reste dynamique, lisible, pérenne et sans surcharge de travail pour les établissements de santé.

05 DÉCEMBRE 2016

LA VIRAGE DE LA TÉLÉMÉDECINE

Nous stagnons dans une situation perdant-perdant : inégalité d'accès aux soins pour les patients, insatisfaction des professionnels de santé, mauvais signal pour les industriels, et renoncement aux économies permises par la télémédecine qui de fait, ne seront pas réalisées.

Retrouvez tous les éditos sur fhpmco.fr

DÉPÊCHES.

UNE VEILLE JURIDIQUE, ÉCONOMIQUE ET DOCUMENTAIRE PRÉCIEUSE

04/01/16

Décret IFAQ - « Incitation financière à l'amélioration de la qualité »

08/01/16

Notice technique ATIH PMSI 2016

11/01/16

ÉVÉNEMENT. Meilleurs vœux

15/01/16

Facturation inter-établissements des transports SMUR

27/01/16

ÉVÉNEMENT. Campagne Mars Bleu 2016

28/01/16

Création d'une MIG pour financer les Primo Prescriptions de Chimiothérapie Orales dans le but d'inciter au développement de cette modalité de prise en charge en oncologie

10/02/16

Régulation de la chirurgie bariatrique

10/02/16

Arrêté relatif à la pose des valves aortiques percutanées

12/02/16

ÉVÉNEMENT. Invitation 10ème Club des Médecins DIM

17/02/16

Pose de dispositifs pour stérilisation tubaire par voie hystéroscopique

18/02/16

IFAQ 2

29/02/16

Arrêté Prestation 2016

08/03/16

Arrêté Tarifaire 2016

09/03/16

Arrêté Forfaits IVG

09/03/16

Rectificatif Arrêté Prestations 2016 et Manuel des GHM

11/03/16

Facturation des Bordereaux S3404

11/03/16

Facturation inter-établissements des transports SMUR

11/03/16

Minoration de GHS et spécialités pharmaceutiques de la liste en sus

14/03/16

Une absence de cohérence des politiques publiques : « L'HAD Post Chirurgie »

15/03/16

Tarifs au 1^{er} mars 2016 - Complément d'information

22/03/16

Actualisation des dispositions relatives à l'assistance médicale à la procréation

25/03/16

ÉVÉNEMENT. Convention & assemblée générale FHP-MCO 12 et 13 mai 2016

25/03/16

Instruction coefficient prudentiel 2016

21/03/16

ÉVÉNEMENT. 10^e Club des Médecins DIM

05/04/16

MERRI RIHN

06/04/16

Réforme du Financement des FAU « lissée » sur 4 années

08/04/16

Facturation des transports secondaires provisoires et définitifs par SMUR

11/04/16

Nouvelle formation : accompagner la naissance physiologique

11/04/16

Nouvelle formation : la sage-femme face aux violences faites aux femmes et aux enfants

12/04/16

Nouvelle formation BAQIMEHP : La réhabilitation améliorée après chirurgie : concept, enjeux et résultats

15/04/16

Guide Méthodologique PMSI MCO

18/04/16

E-Satis - Campagne 2016, modalités pratiques

19/04/16

Priorités nationales 2016 des contrôles T2A

22/04/16

Accouchement dans le secret

27/04/16

Notice Technique ATIH Nouveautés « financement »

02/05/16

ÉVÉNEMENT. Evaluation des ARS

09/05/16

ÉVÉNEMENT. Convention et AG FHP-MCO 12 et 13 mai 2016

10/05/16

Décision du Conseil d'Etat sur les modalités de Isatis (actuel E-Satis) mise en œuvre

11/05/16

RTU de l'AVASTIN®. Publication de l'arrêté ministériel fixant le prix du médicament

17/05/16

Arrêté du 12 mai 2016 limitant la pratique de l'acte de « fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée »

19/05/16

CIRCULAIRE relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé

19/05/16

IFAQ Généralisation – Publication des indicateurs retenus

20/05/16

CIRCULAIRE relative à la première délégation des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés au titre de l'année 2016

23/05/16

Financement MIGAC

25/05/16

Publication du décret Hôpitaux de Proximité : reconnaissance et financement

01/06/16

Parcours de soins des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique

07/06/16

RTU de l'AVASTIN®. Publication d'une note d'information ministérielle rendant rétroactives au 1er mars 2016 les conditions de prise en charge de la spécialité AVASTIN® lorsqu'elle est prescrite pour le traitement de la DMLA

08/06/16

Compétences des sages-femmes pour réaliser des IVG médicamenteuses et la vaccination de l'entourage d'un nouveau-né

09/06/16

Renouvellement du dispositif des Structures labellisées pour la prise en charge de la Douleur Chronique (SDC) en 2017

10/06/16

ÉVÉNEMENT. Journée thématique FHP Dialyse & SNL

20/06/16

Instruction relative à la chirurgie ambulatoire

21/06/16

Publication du cahier des charges dématérialisation S3404 sur le site du GIE SESAM-Vitale et sur le site ameli.fr

30/06/16

INSTRUCTION N° DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016 relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'hospitalisation à domicile & Rappel de la position du Conseil d'Administration FHP-MCO : « L'HAD Post Chirurgie »

12/07/16

Publication des textes relatifs aux hôpitaux de proximité : liste, arrêté organisation et arrêté dotation

18/07/16

Appel à candidatures ATIH. Prolongation jusqu'au 31 juillet 2016

19/07/16

ÉVÉNEMENT. Campagne Octobre ROSE 2016

19/07/16

Appel à candidatures d'experts cardiologues en vue de l'évaluation de stimulateurs cardiaques implantables simple chambre sans sonde endocavitaire

19/07/16

Transmission Des Données PMSI / Coefficient Prudentiel 2016 et financement des établissements de santé

20/07/16

Appel à experts pour la constitution d'un groupe de travail portant sur « l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de handicap en établissement de santé »

22/07/16

Dégressivité Tarifaire

26/07/16

Radiation Partielle d'AVASTIN® de la liste en sus

28/07/16

Radiation Partielle d'AVASTIN® de la liste en sus : report au 1^{er} septembre 2016

29/07/16

ÉVÉNEMENT. 7^e Congrès des représentants des usagers et associations de santé

01/08/16

Étude CTC Conseil / FHP-MCO : Observatoire économique et financier 2016

05/08/16

Correctif de la notice technique décrivant les modalités des enquêtes flash (MIG PPCO et CES)

05/08/16

Radiation partielle d'AVASTIN® de la liste en sus au 1^{er} Septembre 2016

05/08/16

Guide Méthodologique PMSI MCO – Manuel des GHM

08/08/16

Radiation de la liste en sus : Point global de la « situation été 2016 – campagne 2017 »

10/08/16

Financement MIGAC 2016 : deuxième délégation

10/08/16

PUI - Instruction sur les modalités de mise en œuvre des conditions d'exercice et de remplacement au sein des pharmacies à usage intérieur

19/08/16

IFAQ Généralisation. Publication de l'arrêté IFAQ

30/08/16

Radiation Partielle d'AVASTIN® de la liste en sus au 1^{er} septembre 2016 - Complément d'information

01/09/16

Radiation Partielle d'AVASTIN® de la liste en sus au 1^{er} Septembre 2016 Complément d'information
Diffusion de l'Instruction Ministérielle relative à la radiation d'indications thérapeutiques d'AVASTIN®

07/09/16

ÉVÉNEMENT. JAB 2017. Découvrez le programme par session

12/09/16

Traitement des endoscopes souples thermosensibles

13/09/16

ÉVÉNEMENT. 7^e Congrès des représentants des usagers

23/09/16

Amélioration de l'accès à l'IVG

28/09/16

Radiation Partielle d'AVASTIN® de la liste en sus au 1er Septembre 2016. Complément d'information
Diffusion de la mise à jour de la fonction groupage et de la notice technique

05/10/16

Réalisation des études nationales de coûts & volontariat et désignation des établissements de santé

13/10/16

ÉVÉNEMENT. Invitation 11ème Club des Médecins DIM Mardi 29 Novembre 2016

17/10/16

Instruction de recensement de l'usage 2016 de la convention unique pour les recherches à finalité commerciale

19/10/16

Pratique de l'acte de « Rétrécissement de l'orifice atrioventriculaire gauche par dispositif par voie veineuse transcutanée et voie transseptale avec guidage par échographie-doppler par voie transœsophagienne »

24/10/16

IFAQ 2016

26/10/16

Recours sur la dégressivité tarifaire

14/11/16

ÉVÉNEMENT. Colloque HAS - Mercredi 16 novembre 2016

14/11/16

ÉVÉNEMENT. 11^e Club des Médecins DIM – Programme mis à jour Mardi 29 novembre 2016

18/11/16

Recherche clinique – Convention unique et grille tarifaire

24/11/16

ÉVÉNEMENT. 11^e Club des Médecins DIM – Programme mis à jour Mardi 29 novembre 2016

07/12/16

ÉVÉNEMENT. JAB 2017. Qui est Gerd-Dieter Von Koschitzky ?

08/12/16

Instruction Hôpitaux de Jour en Addictologie

09/12/16

IBODE et aides opératoires et instrumentistes

13/12/16

Dégel Partiel du Coefficient Prudentiel 2016

13/12/16

Organisation de la permanence de soins

16/12/16

Accès aux soins urgents à moins de 30 min

20/12/16

Modification du Financement des médicaments sous ATU et Post ATU au 1^{er} janvier 2017

21/12/16

Expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients

23/12/16

Instruction Médicaments Liste en sus

23/12/16

Télésurveillance des insuffisants cardiaques chroniques

Retrouvez toutes les dépêches sur fhpmco.fr

3 QUESTIONS À. LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

25 JANVIER 2016

Luc Ferry

01 FÉVRIER 2016

Patrice Richard

08 FÉVRIER 2016

Jérôme Nouzarède

22 FÉVRIER 2016

Ivan Tatard

04 AVRIL 2016

Benoît Thieulin

18 AVRIL 2016

Guy Nervo

25 AVRIL 2016

Olivier Toma

18 MAI 2016

Brice Teinturier

30 MAI 2016

Dr François Braun

20 JUIN 2016

Dr Gilles Schutz
et Dr José Brasseur

27 JUIN 2016

Dr Gilles Marie

GRIGORIOS SARAFIANOS, PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DES HÔPITAUX PRIVÉS GRECS

LA GRÈCE À L'HEURE DU DÉCLIN DE SON SYSTÈME DE SOINS

Le système de santé en Grèce est malade au sens propre du terme. Tous ceux qui se sont rendus dans un hôpital public grec dernièrement ont pu se rendre compte des délais de plusieurs heures pour pouvoir être examiné, de l'impossibilité de bénéficier d'examen corrects faute d'équipements qui fonctionnent, de la liste d'attente outréante pour se faire opérer, du manque de matériel, des chambres sans draps, oreillers, couvertures, etc. Le secteur privé doit faire preuve d'empathie et de devoir social. Il est de notre devoir de produire des soins en se substituant ou en complémentarité du service public, en assurant l'égalité d'accès et la qualité des soins. Cette tâche s'avère toutefois difficile, à l'heure où les cliniques privées sont soumises à un taux de TVA qui est passé de 13 à 24 %, reçoivent les paiements de l'Assurance maladie, dans le meilleur des cas, avec 8 mois de délais, et que ces remboursements sont plafonnés par la loi à 50 % des montants facturés. Le budget total alloué au secteur privé pour soigner les presque 11 millions de Grecs est de 235 millions d'euros, alors que les coûts effectifs des soins dispensés aux patients qui choisissent le secteur privé sont de 470 millions d'euros.



DANIEL CAILLE, PDG DU GROUPE VIVALTO SANTÉ

« NOUS SOMMES EN TRAIN DE RÉÉCRIRE NOTRE MÉTIER »



Dès le départ, le principe de base consiste à bâtir un projet médical avec la collectivité médicale pour aller à la conquête de parts de marché sur un territoire. C'est le moteur le plus important de la création de valeur. Ensuite il faut mettre en place la juste gestion nécessaire. L'actionnariat capitalistique des médecins vise à concrétiser, à renforcer ce principe d'alignement d'intérêts, supérieur aux contraintes quotidiennes. Ensuite nous avons recherché les investisseurs institutionnels compatibles avec cette vision, c'est à dire intéressés par un temps long et un soutien au développement, car notre secteur est un secteur de l'investissement avant d'être celui du rendement. La quête de l'argent à court terme comme objectif premier est destructeur de valeur, qu'elle soit médicale ou économique.

La diffusion de nos trois valeurs exprime aussi cette volonté de combattant et d'action à tous les échelons de notre groupe : audace, confiance et engagement. C'est une belle période qui correspond bien à la mutation profonde de notre métier qui s'accélère.

OLIVIER TOMA, FONDATEUR DE L'AGENCE PRIMUM NON NOCERE

« GARANTIR UN SYSTÈME SANITAIRE PÉRENNE POUR LES GÉNÉRATIONS FUTURES »

Si le changement climatique impacte l'environnement, il a surtout de nombreuses répercussions sur la santé humaine et sur le coût de notre système de santé. En effet, réduire les consommations d'énergies fossiles directes et indirectes, c'est aussi réduire durablement, l'asthme, les allergies, les maladies à vecteur, les maladies cardiovasculaires, les cancers. C'est aussi optimiser les dépenses de santé et garantir un système sanitaire pérenne pour les générations futures.



BRICE TEINTURIER, DIRECTEUR GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ FRANCE, IPSOS

LE PALMARÈS DES ARS

Quand on regarde de plus près l'image des ARS, on mesure que le reproche le plus fort est celui de l'iniquité sur les autorisations et les subventions, ainsi que sur l'absence de consultation des établissements de soins à propos de décisions qui peuvent les concerner. C'est la légitimité même des ARS qui est questionnée, tant leur utilité apparaît faible aux yeux des répondants. À de rares exceptions près, soit elles n'apporteraient rien, soit autant ou plus de mal que de bien.





DR GILLES SCHUTZ, PRÉSIDENT DE LA FHP DIALYSE

« METTRE FIN À DES PRÉJUGÉS »

Notre équation est complexe à résoudre. Mais de là à mettre en cause, comme l'a fait la Cour des comptes, la néphrologie libérale et le fonctionnement actuel des centres de dialyse privés, il n'y avait qu'un pas que cette même Cour n'a pas hésité à sauter.

Ce rapport accusateur de surcoût, ignorant le raboutage des tarifs de plus de 10 % sur les trois dernières années, reconnaît pourtant la plus grande efficacité du secteur privé et des malades aussi complexes et âgées que ceux pris en charge dans le secteur public et traités avec au moins le même niveau de qualité. L'accès à la dialyse est égalitaire et sans reste à charge pour le patient. Sa réglementation lourde date du début des années 2000 et a nécessité des mises aux normes souvent lourdes avec des reconstructions, des rapprochements et des regroupements.

La prise en charge des patients va aujourd'hui bien au-delà de la simple séance de dialyse. Nous participons avec nos médecins à la gestion d'un parcours patient. Peut-on sérieusement l'ignorer ?

Il est temps de mettre fin à des préjugés et des postures dogmatiques trop souvent colportés sans éléments factuels sur la lourdeur des patients pris en charge par les uns et les autres.

18 JUILLET 2016

Dr Bernard Brincat

05 SEPTEMBRE 2016

Laetitia Buscoz

19 SEPTEMBRE 2016

Dr Marc Attia

27 SEPTEMBRE 2016

Dr Jérôme Marty

03 OCTOBRE 2016

Claude Rambaud

24 OCTOBRE 2016

Pr Guy Vallancien

07 NOVEMBRE 2016

Daniel Caille, Dr Eric Dupont Bierre et Dr François-Bruno Le Bot

14 NOVEMBRE 2016

Dr Christian Delaunay



BERNARD BRINCAT, PDG DE LA CLINIQUE SAINT-GEORGES, NICE

JUILLET 2016, JUSTE APRÈS L'ATTENTAT...

Le premier patient est arrivé en taxi mais très vite les pompiers nous ont amené des patients lourds. Nous avons pris en charge dans la nuit une vingtaine de personnes dont beaucoup d'étrangers. Nous avons procédé en urgence aux opérations en digestif puis les opérations en traumatologie le vendredi matin. Nous avons dû gérer des situations extrêmement douloureuses. En parallèle, nous avons pris en charge beaucoup de personnes vraiment très choquées. Notre psychologue a travaillé toute la nuit.

JÉRÔME NOUZARÈDE, PRÉSIDENT DU GROUPE ELSAN

« PASSER DU SOIN À LA SANTÉ »

Lorsque l'on évoque l'avenir de nos établissements, on imagine tout de suite des structures modernes, futuristes. Or, même si nous consacrons un effort significatif à la modernisation de nos établissements, la véritable révolution sera celle de la transformation de la relation entre le monde médical et les patients. Demain, les patients souhaiteront comparer, évaluer nos prises en charge, comme ils le font déjà pour d'autres services. Demain, les cliniques ne seront plus seulement jugées au nombre d'actes mais sur leur excellence et l'état de santé des patients après leur séjour. Demain, il sera aussi incongru de ne pas demander un génotype avant de prescrire un traitement ou un examen, qu'aujourd'hui il est incongru de pratiquer une transfusion sanguine sans se renseigner sur le groupe sanguin. A partir de là, notre défi est clair : nous devons gagner la confiance de chaque patient sur du long terme et devenir un véritable partenaire de santé, de vie. Notre groupe a un projet : passer du soin à la santé. Tout cela implique de réinventer nos métiers, d'imaginer de nouvelles formes de proximité, de penser des organisations innovantes adaptées aux modes de vie des patients. La satisfaction de nos patients va devenir la priorité de tous.



22 NOVEMBRE 2016

Pierre Trudelle
et Marc Fumey

28 NOVEMBRE 2016

Dr Jean-Luc Baron

05 DÉCEMBRE 2016

Amélie Gélis

12 DÉCEMBRE 2016

Grigorios Sarafianos

19 DÉCEMBRE 2016

Dr Guillaume Marchand

26 DÉCEMBRE 2016

Pr Corinne Vons



PR GUY VALLANCIEN

« AUCUN POLITIQUE N'A DE VISION À 10 OU 15 ANS »

Que nous disent les patients sur leur santé de retour au domicile ? Ces données sont des éléments très structurants. Il faut régionaliser, la santé ne se gère pas depuis Paris. Libérer les acteurs est essentiel, ils auront de bonnes idées. Puis, il faut développer la santé publique. Nous disposons de données mais pas d'analyses, dès lors comment savoir où il faut appuyer ? Enfin, nous souffrons de l'emprise de la technostructure. Il nous faut un ministère de la Santé, et non plus du soin et de la maladie. Pour retrouver de la liberté d'agir, oui il faudra un peu d'ordonnance. Il faudra mordre !

Retrouvez toutes les interviews sur fhpmco.fr

13H RÉGIONS. LA PAROLE EST DONNÉE AUX FHP RÉGIONALES

BRETAGNE

18 janvier 2016
Jean-Daniel Simon,
président et Véronique
Gémin, déléguée
régionale de la FHP
Bretagne

23 mai 2016

Nicolas Bioulou, président
FHP-Bretagne

NORMANDIE

6 juin 2016
Dr Dominique Poels,
président de la FHP
Normandie

HAUTS DE FRANCE

15 mars 2016
Dr Jean-Marc Catesson,
président de la FHP Nord-
Pas-de-Calais Picardie

GRAND EST

11 octobre 2016
Dr Jacques Delfosse,
président de la nouvelle
FHP Grand Est

PAYS DE LA LOIRE

Sébastien Mounier,
vice-président
de la FHP Pays de la
Loire et Nicolas Bioulou,
président de la FHP
Bretagne

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

2 mai 2016
Frédérique Gama,
présidente et Dr Jean-Luc
Meyer, vice-président de
la FHP Auvergne-Rhône-
Alpes

NOUVELLE AQUITAINE

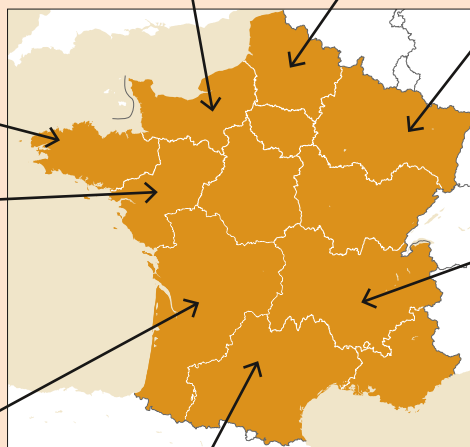
11 juillet 2016
Marie-France Gaucher,
présidente de la FHP
Aquitaine-Limousin-
Poitou-Charentes (ALPC)

OCCITANIE

11 avril 2016
Pascal Delubac, président
la FHP Languedoc-
Roussillon et Dr Frédéric
Sanguinol, président de
la FHP Midi-Pyrénées

EUROPE

29 février 2016
UEHP



E.CLINIC.

VOS INITIATIVES EN E-SANTÉ

11 JANVIER 2016

Dr Guillaume Marchand, président fondateur de DMD santé, chef de rubrique santé, e-santé et santé mobile de What's up Doc

16 FÉVRIER 2016

Le Confluent, « On est en mode start up »

21 MARS 2016

L'e-santé, une réalité à la Polyclinique Saint-Roch de Montpellier

13 JUIN 2016

La santé connectée modifie la prise en charge

04 JUILLET 2016

La Maison de l'Hospitalisation Privée à Montpellier s'équipe d'un Centre de simulation pour la formation des professionnels

25 JUILLET 2016

Groupe Capio, ambulatoire, une application pour l'avant et l'après

12 SEPTEMBRE 2016

Le groupe ELSAN lance son application Mon Espace Patient

12 SEPTEMBRE 2016

LE GROUPE ELSAN LANCE SON APPLICATION MON ESPACE PATIENT

« Mon espace patient » permet au patient et à l'équipe soignante de gagner du temps avec un service en ligne pour la pré-admission, le stockage de documents importants, les démarches à effectuer par le patient, les prises de rendez-vous avec les spécialistes, etc. « *Nous souhaitons intervenir auprès de nos patients le plus tôt possible, avant la pré-admission et les accompagner bien au-delà de leur retour à domicile. Il nous fallait l'outil pour le faire* », explique Xavier Boutin, en charge des projets digitaux du groupe. Mais l'application ne se borne pas à des aspects purement organisationnels. « *Nous souhaitons que les patients puissent disposer d'informations pertinentes sur leur pathologie, c'est une fonction que nous allons étoffer. Nous testons également un espace de discussion fermé et anonyme où des patients peuvent librement échanger entre eux sur leur maladie et traitement. Cela nous permet aussi de mieux cerner leurs questionnements. L'application est donc vouée à évoluer au fil des retours patients et des demandes de nos professionnels de soins. Elle se veut être avant tout personnalisée et évolutive.* » L'application va permettre aussi le suivi post-opératoire à domicile et l'accompagnement du patient notamment grâce aux objets connectés, des grilles d'auto-évaluation, etc.

Retrouvez tous les articles "e-clinic" sur fhp-mco.fr

21 MARS 2016

L'E-SANTÉ, UNE RÉALITÉ À LA POLYCLINIQUE ST ROCH DE MONTPELLIER

« Avec 15 000 passages par an en ambulatoire, ce qui correspond à un taux d'environ 80 % de prise en charge en ambulatoire de notre activité chirurgicale, nous avons réfléchi à comment faciliter le parcours de nos patients », indique Thierry Delande, en charge des services administratifs et du parcours patient. Jusqu'alors les infirmières, suivant les recommandations, appelaient chacun des patients par téléphone à J-1 afin de checker les consignes pré-opératoires et J+1 pour tracer les consignes postopératoires. Simple d'utilisation, grâce à l'application développée avec la société Sovinty, le patient reçoit ses codes d'accès par sms lors de son inscription à la clinique, il se connecte la veille de son intervention depuis son smartphone ou ordinateur et répond à un questionnaire à choix multiples. Ses réponses génèrent une alerte verte, orange, ou rouge qui arrive sur le tableau de bord des infirmières qui réagissent en fonction. « Cette application a été créée avec les chirurgiens de la clinique afin d'intégrer des spécificités de protocole. Nous recevons ainsi les informations dont nous avons besoin. » Une application ludique adoptée par près de 85 % des patients en ambulatoire.

13 JUIN 2016

LA SANTÉ CONNECTÉE MODIFIE LA PRISE EN CHARGE

La e-santé est perçue comme un moyen efficace pour améliorer sa santé et celle du système de santé : 81 % des Français interrogés pensent qu'elle améliore la coordination des professionnels de santé, 75 % qu'elle limite les coûts liés au transport sanitaire, 63 % qu'elle aide à lutter contre les déserts médicaux. Toutefois pour 43 %, les répondants ont des craintes sur la confidentialité des données mais 82 % sont d'accord pour transmettre leurs données et favoriser ainsi la médecine prédictive.

11 JANVIER 2016

DR GUILLAUME MARCHAND, PRÉSIDENT FONDATEUR DE DMD SANTÉ, CHEF DE RUBRIQUE SANTÉ, E-SANTÉ ET SANTÉ MOBILE DE WHAT'S UP DOC

94 % des médecins sont équipés d'un smartphone et seuls 8 % d'entre eux connaissent des applications santé. « Les patients vont toujours plus vite que nous et lorsque les sept millions de 'mobilnautes santé' que l'on estime aujourd'hui, déferleront tel un tsunami sur les médecins, il faudra comprendre et s'y mettre vite. »

16 FÉVRIER 2016

AU GROUPE CONFLUENT À NANTES, « ON EST EN MODE START-UP »

« On a une idée, on la teste, quitte à accepter de l'abandonner si elle ne marche pas » se réjouit Fanny Séguin-Loisance, directrice marketing et relation client. « Notre taux de prise en charge en ambulatoire, déjà de 55 %, va continuer de progresser. C'est un axe stratégique fort du groupe. Assez naturellement, nous avons réfléchi à tout ce qui pouvait faciliter la vie du patient et aussi de l'accompagnant dont la présence est règlementaire. » Les informations sont ainsi « encapsulées » dans un « QR code » que l'accompagnant scanne à son arrivée avec son smartphone. Le nom du patient n'est pas indiqué et les données sont effacées automatiquement dès sa sortie. En temps réel, l'accompagnant suit son proche au fil des 9 étapes de son parcours : admis, prêt à rejoindre le bloc, arrivé au bloc, pris en charge par le chirurgien, entré en salle de réveil, prêt à rejoindre sa chambre, etc., et reçoit enfin le numéro de sa chambre où il est invité à le rejoindre. « Les bénéfices sont nombreux : pour le patient qui se sait "suivi", pour les soignants qui restent disponibles pour des questions plus spécifiques et pour l'accompagnant qui est rassuré parce que informé. »





04 JUILLET 2016

UN CENTRE DE SIMULATION POUR LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

À la Maison de l'hospitalisation privée à Montpellier, cet enseignement par simulation met en situation réelle des soignants avec un mannequin patient doué de parole et de réactivité, piloté en direct par un instructeur situé dans la salle adjacente. « *L'objectif est : comme si vous y étiez ! La création de ce centre de simulation de 300 m² équipé de 6 salles a pour but d'accompagner l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients.* » explique Cécile Beltran, déléguée générale de la FHP Languedoc-Roussillon et pilote du projet. Les scénarios de simulation sont rédigés sur la base de cahiers des charges précis et définis selon les besoins identifiés. L'exercice qui est entièrement filmé permet de travailler sur des gestes techniques mais également sur des contextes organisationnels comme la coordination entre les professionnels de santé ou la gestion des entretiens (dispositif d'annonce, entretiens professionnels, etc.). Ensuite, durant la phase de débriefing et avec le support de la vidéo, les axes de progrès sont identifiés, permettant de compléter l'exercice par les apports théoriques nécessaires.

25 JUILLET 2016

GRUPE CAPIO, AMBULATOIRE, UNE APPLICATION POUR L'AVANT ET L'APRÈS

Le groupe CAPIO a trouvé une solution pour faciliter le contact avec le patient à l'aide d'une application développée par une start-up lyonnaise (E-fitback de chez Nouveal). Le patient reçoit une série d'informations qui l'aide à se préparer à son intervention. Les équipes peuvent par ailleurs contrôler qu'il se prépare bien sur le plan physiologique, psychologique et qu'il a bien réalisé ses démarches administratives, par exemple. L'application permet aussi d'effectuer le suivi et l'évaluation post-opératoires avec mesure de la douleur, du sommeil, de l'exercice (à terme avec podomètre), etc. En cas de complications, des scores algorithmiques déclenchent un système d'alerte et le contact précoce avec la clinique est ainsi facilité.

FIL ROSE. VOS INITIATIVES POUR OCTOBRE ROSE

DES FEMMES QUI EN VEULENT

Clinique Hartmann,
Neuilly-sur-Seine (92)

PLUS QU'UN ENGAGEMENT, UNE MISSION

Clinique Bouchard,
Marseille (13)

COURIR CONTRE LE CANCER

Hôpital privé de Thiais,
Thiais (94)

LES SOINS DE SUPPORT À L'HONNEUR

CHP Saint-Grégoire,
Saint-Grégoire (35)

OCTOBRE ROSE AU PAS DE COURSE

Clinique de l'Alma,
Paris (75)

ET SI ON PARLAIT D'AMOUR ?

Clinique Tivoli Ducos,
Bordeaux (33)

UN ARBRE DE VIE POUR OCTOBRE ROSE

Clinique Sainte Marie,
Osny (95)



Pôle santé
Oreliance,
Saran (45)

Des femmes qui en veulent

Clinique Hartmann, Neuilly-sur-Seine (92)

Pour la septième année, les équipes s'engagent dans la campagne Octobre Rose. Le 5 octobre, Claire Chazal animera à nouveau un colloque gratuit ouvert à tous.

Et si on parlait d'amour ?

Clinique Tivoli Ducos, Bordeaux (33)

Lever de rideau avec la pièce de théâtre « Tu vis encore » de Malorie Bazin jouée par la Compagnie du dernier strapontin le 11 octobre à la salle de l'Ermitage du Bouscat dans le cadre d'une conférence débat sur le thème « Et si on parlait d'amour ». Le sujet de la sensibilité du corps questionnée par la maladie sera évoqué au travers d'une exposition de photographies réalisées avec des patients.

Catwalk pour Octobre Rose

Médipôle de Savoie, Challes les Eaux (73)

C'est une ambiance de gala qui règnera au Médipôle de Savoie le 18 octobre prochain où un public très nombreux est attendu pour soutenir 14 femmes, patientes en cours de traitement ou l'ayant terminé, qui évolueront sous le feu des projecteurs le temps d'un défilé de mode.

**CATWALK
POUR OCTOBRE ROSE**

Médipôle de Savoie,
Challes les Eaux (73)

**PATIENTES ET SOIGNANTES
AFFICHENT LEUR POITRINE**

Clinique des Aubépines,
Saint Aubin sur Scie (76)

**DEUX SEMAINES DÉDIÉES
AUX PATIENTES**

Clinique Pasteur,
Toulouse (31)

**SENSIBILISER
AUSSI LES SALARIÉS**

Polyclinique Notre Dame,
Draguignan (83)

LA FÉMINITÉ AVANT TOUT

Hôpital privé Paul d'Egine,
Champigny sur Marne (94)

**UN WEEK-END
EN MONTAGNE !**

Clinique Sainte-
Clotilde (97)

TOUS EN ROSE

Polyclinique Sainte
Marguerite, Auxerre (89)

**UN BRACELET, UN LIEN QUI
NOUS UNIT**

CMC Les Cèdres,
Brive (19)

ROSE SUR BLANC

Clinique du Ter,
Ploemeur (56)

**APPORTER UN NOUVEAU
REGARD**

Clinique du Pont de
Chaume, Montauban (82)

**LES PETITS PLATS DANS LES
GRANDS POUR OCTOBRE
ROSE**

Polyclinique Marzet,
Pau (64)



Patientes et soignantes affichent leur poitrine

Clinique des Aubépines, Saint Aubin sur Scie (76)

Elles sont nombreuses, patientes et soignantes, à avoir accepté de photographier leur poitrine. Courageuses les filles ! Les photos sont anonymisées, car le propos n'est pas l'identité de la propriétaire, mais celui de montrer des corps malades, ou pas, et de souligner que la maladie touche à l'intimité profonde de chacun. Les photos font l'objet d'un film diffusé pour la campagne 2016.

Clinique
Saint Pierre,
Perpignan
(66)

Un week-end en montagne !

Clinique Sainte-Clotilde (97)

Dans l'environnement extraordinaire de l'île de la Réunion, une vingtaine de soignants et autant de patients partent en montagne à Mafate pour un week-end. « *C'est d'abord le plaisir d'être ensemble mais aussi celui bien sûr de prolonger la relation thérapeutique au-delà des unités médicales, via le sport et la reconquête du bien-être* », explique Isabelle Servant, psychologue.

Un bracelet, un lien qui nous unit

CMC Les Cèdres, Brive (19)

Les bracelets roses sont portés au poignet pour les personnels administratifs et épinglés fièrement à la boutonnière par les personnels hommes et femmes à tous les étages. Durant le mois d'octobre, les soignants se transforment en communicant et à l'entrée des services de soins, dans le hall d'entrée, informent et sensibilisent.

**UN ENGAGEMENT
AU PAS DE COURSE**

Clinique Saint-François,
Haguenau (67)

**DES ACTIONS
PÉDAGOGIQUES**

Hôpital privé de la Seine-
Saint-Denis, Le Blanc-
Mesnil (93)

**DES BUSTES
PERSONNALISÉS POUR
OCTOBRE ROSE**

Clinique Esquirol-Saint-
Hilaire, Agen (47)

UNE GRUE TOUT EN ROSE

Clinique du Parc Saint
Lazare, Beauvais (60)

**UN FRESQUE ROSE POUR
SAINT CÔME**

Polyclinique Saint Côme,
Compiègne (60)

DANSE AVEC UNE STAR

Institut de cancérologie
de l'Hôpital Privé Arras
les Bonnettes, Lambres
Lez Douai (59)

**UNE GRANDE CONFÉRENCE
POUR OCTOBRE ROSE**

Hôpital privé Sainte-
Marie, Chalon-sur-
Saône (71)

DÉFILÉ DE MODE

Hôpital privé des
Peupliers, Paris (75)

DE L'ÉLÉGANCE

Polyclinique de Navarre,
Pau (64)

ON INFORME !

Hôpital Clinique Claude
Bernard, Metz (57)

**TROIS JOURS DE
MOBILISATION GÉNÉRALE**

Pôle privé de Santé,
Amiens (80)



**Polyclinique
Sainte
Marguerite,
Auxerre (89)**

Les petits plats dans les grands

Polyclinique Marzet, Pau (64)

Mousse betterave chèvre, aiguillette de canard sauce fruits rouges, risotto à la betterave et crème de choux rouge, croc au lait, panna cotta à la fraise tagada, joli menu de circonstance. Pour couronner cette expérience culinaire, la Ligue contre le cancer a proposé des cocktails sans alcool à base de framboise, pamplemousse et limonade. Un engagement qui restera dans les annales gustatives !

Danse avec une star

Institut de cancérologie de l'Hôpital Privé Arras les Bonnettes, Lambres Lez Douai (59)

Stars d'un soir sous le feu des projecteurs, des patientes en cours ou en fin de traitement à l'institut se sont entraînées pendant plusieurs mois sous l'œil attentif de leur coach professionnel afin de pouvoir enchaîner parfaitement les pas de tango, mambo, paso doble, charleston, etc.

CH et clinique ensemble contre la maladie

Polyclinique du Cotentin, Cherbourg (50)

L'objectif du colloque qui donnait la parole à 8 intervenants, organisé le 12 octobre avec le très vif soutien de la ville, était double : tout d'abord celui de rappeler les parcours de prise en charge et ses évolutions en termes de filières spécifiques mais également de souligner la synergie entre les deux établissements de santé, l'un privé et l'autre public, unis sur un même territoire.

L'ENVIE DE VIVRE

Polyclinique du Parc,
Cholet (49)

CH ET CLINIQUE ENSEMBLE CONTRE LA MALADIE

Polyclinique du Cotentin,
Cherbourg (50)

LES SPORTS D'EXTÉRIEUR AVANT TOUT

Clinique Saint Pierre,
Perpignan (66)

DON ET RECYCLAGE

Clinique de la
Sauvegarde, Lyon (69)

UNE JOURNÉE POUR LA MAMMOGRAPHIE

Clinique Vauban, Livry-
Gargan (93)

DES COUSSINS DU CŒUR

Clinique Saint-Ame,
Lambres lez Douai (59)

UNE JOURNÉE DE GRANDE MOBILISATION

Synergia Ventoux,
Carpentras (84)

UNE 2 CHEVAUX CITROËN COMME MASCOTTE

Pôle santé Oreliance,
Saran (45)

LA « STRASBOURGEOISE »

Clinique de l'Orangerie,
Strasbourg (67)

UN STAND LECTURE POUR COMPRENDRE

Nouvelle clinique St
François, Mainvilliers (28)

FORMER LES SOIGNANTS

Centre Clinical,
Angoulême (16)

NE PAS BAISSER LA GARDE

Centre MCO Côte
d'Opale, Saint Martin
Boulogne (62)



L'envie sous toutes ses formes

*Groupe Confluent, Nouvelles Cliniques Nantaises – Centre
Catherine de Siègne, Nantes (44)*

L'édition 2016 d'Octobre Rose au Confluent était placée sous le signe de « l'envie » pendant et après la maladie : envie de bouger, de manger, de chanter, mais aussi d'écouter, de découvrir...

Lancement d'une maison des patients

Polyclinique du Maine, Laval (53)

Cette édition 2016 d'Octobre rose était un tremplin parfait pour lancer officiellement l'association « Parenthèse 53, maison des patients », créée par la polyclinique et qui proposera des soins de support gratuits, des ateliers de sport adaptés, des ateliers de prothèses capillaires, etc., mais sera aussi un lieu de rencontres et de « cafés causeries » animés par une psychologue et une assistante sociale.

Clinique de
l'Orangerie,
Strasbourg
(67)

Clinique du
Ter, Ploemeur
(56)

Clinique
Pasteur,
Toulouse (31)



**LA CHASSE
AUX IDÉES REÇUES**

Hôpital privé Cannes
Oxford, Cannes (06)

COURIR CONTRE LE CANCER

Polyclinique Keraudren,
cliniques Pasteur-
Lanroze et Grand large,
Brest (29)

PAR LA GOURMANDISE

Clinique Axiom, Aix-en-
Provence (13)

**DES ACTIONS EN DIRECTION
DES JEUNES FEMMES**

Polyclinique Sainte
Thérèse, Sète (34)

**PLUS FORT AVEC LES
ASSOCIATIONS**

Clinique du Palais,
Grasse (06)

UN MUR DE ROSES

Clinique du Moulin de
Viry, Viry-Chatillon (91)

**ÉCOUTER, REGARDER,
LIRE ET DÉCODER POUR
OCTOBRE ROSE**

Clinique du Parc Impérial,
Nice (06)

UN FESTIVAL D'ATELIERS

Clinique Les Jardins de
Brunoy (91)

**L'ENVIE SOUS TOUTES
SES FORMES**

Groupe Confluent,
Nouvelles Cliniques
Nantaises – Centre
Catherine de Sienne,
Nantes (44)

FAIRE DES VAGUES

Clinique Belharra,
Bayonne (64)

POINT DE RENCONTRE

Polyclinique Saint Odilon,
Moulins (03)

**INFORMATIONS
À TOUS LES ÉTAGES**

Clinique chirurgicale de
Martigues (13)

**LANCEMENT
DE PARENTHÈSE 53,
MAISON DES PATIENTS**

Polyclinique du Maine,
Laval (53)

**UN OCTOBRE ROSE
INTERGÉNÉRATIONNEL**

Clinique les Acacias,
Cucq (62)

À MON ÂGE

Clinique de Vitrolles,
Vitrolles (13)

BELLES EN ROSE

Clinique Pasteur, Ris-
Orangis (91)

**PROFESSIONNELS
MÉDICAUX ET
PARAMÉDICAUX RÉUNIS**

Clinique de l'Essonne,
Evry (91)

DU CAFÉ ROSE

Polyclinique du Trégor,
Lannion (22)

INITIATION À 360 DEGRÉS

Polyclinique de l'Ormeau,
Tarbes (65)

DES RUBANS ROSES

Clinique Pasteur,
Evreux (27)

**SENSIBILISATION
DU PERSONNEL**

Clinique Générale de
Marignane, Marignane (13)

À TOURNAN, ON COURT !

Clinique de Tournan,
Tournan en Brie (77)

**APRÈS LES ROSES, LES
MOUSTACHES...**

Clinique Saint Jean,
Montpellier (34)

**UNE CAMPAGNE
D'AFFICHAGE**

Clinique Saint Antoine,
Bois-Guillaume (76)

**PAS MOINS D'UNE
DIZAINE D'ASSOCIATIONS
ET SEPT ATELIERS !**

Clinique Saint Basile,
Arnault Tzanck,
Mougins (06)

UNE ZUMBA ROSE

Hôpital privé d'Antony,
Antony (92)

UNE FÉMINITÉ RETROUVÉE

Clinique Chantecler,
Marseille (13)

Retrouvez tous les *Fil rose* sur fhpmco.fr

FIL BLEU. VOS INITIATIVES POUR MARS BLEU

LA MARCHÉ DE LA « VAGUE BLEUE »

Clinique chirurgicale
Porte Océane, Les
Sables-d'Olonne (85)

LES PROFESSIONNELS DE SOINS FONT LE RELAIS

SAS Clinique Saint-
François, Mainvilliers (28)

EXPLICATION DEPUIS L'INTÉRIEUR DU CÔLON...

Clinique Charcot, Sainte
Foy les Lyon (69)

VU DEPUIS LA QUATRE VOIES

Clinique Saint-Joseph,
Trelaze (49)

AU CŒUR DU CÔLON GÉANT

Hôpital Privé La
Casamance, Aubagne (13)

#DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL AU CHP SAINT-GRÉGOIRE

CHP Saint-Grégoire (35)

PRIORITÉ AU DÉPISTAGE

Centre Médico-Chirurgical
Les Cèdres, Brive-la-
Gaillarde (19)

DES ACTIONS DURANT TOUT LE MOIS DE MARS

Polyclinique Le
Languedoc, Narbonne (11)



Clinique
Saint-Joseph,
Trelaze (49)

La Marche de la « Vague Bleue »

Clinique chirurgicale Porte Océane, Les Sables-d'Olonne (85)

« Le bleu c'est pour rappeler le mois du dépistage du cancer colorectal et la vague parce qu'on est au bord de mer, mais aussi parce que nous souhaitons que cette manifestation en fasse une grande et touche le plus de monde possible », explique Daphné Royal, directrice.

Explication depuis l'intérieur du côlon...

Clinique Charcot, Sainte Foy les Lyon (69)

La « semaine bleue » de la Clinique Charcot se termine demain autour d'un côlon géant gonflable installé sous un chapiteau, où des soignants et un médecin accueilleront de 10h à 18h les visiteurs pour une séance pédagogique depuis l'intérieur de cet organe...

Vu depuis la quatre voies

Clinique Saint-Joseph, Trelaze (49)

La nuit tombée, impossible d'échapper au message inscrit en caractères jaunes sur fond bleu sur le mur de la Clinique Saint-Joseph à Trelaze : « Mars Bleu : dépistage du cancer du côlon », et visible depuis la quatre voies voisine ! « Pour la projection laser, nous ne disposons que de peu de signes, aussi, nous sommes allés à l'essentiel. »



PRENDRE UNE LONGUEUR D'AVANCE SUR LE CANCER COLORECTAL

Hôpital Privé de la Seine Saint Denis, Le Blanc Mesnil (93)

MARS ATTAQUE... ET TRAQUE LES POLYPES

La Clinique Victor Hugo, Le Mans (72)

LES PARAPLUIES D'AUXERRE

Polyclinique Sainte Marguerite, Auxerre (89)

JOURNÉE RÉGIONALE DE PRÉVENTION DU CANCER COLORECTAL EN NORMANDIE

Clinique du Cèdre, Bois-Guillaume (76)

UN MARS BLEU XXL

Hôpital Privé Armand Brillard, Nogent-sur-Marne (94)

Clinique Esquirol Saint-Hilaire, Agen (47)

#dépistage du cancer colorectal au CHP Saint-Grégoire

CHP Saint-Grégoire (35)

« Arroser les plantes, sortir le chien, faire le test de dépistage du cancer colorectal, prendre 5 minutes, ça peut sauver une vie », c'est le slogan humoristique de l'affiche créée par le CHP Saint-Grégoire pour Mars Bleu, car inscrire ce geste essentiel dans son agenda est déjà marquer une volonté forte de se faire dépister.

Une longueur d'avance sur le cancer colorectal

Hôpital Privé de la Seine Saint Denis, Le Blanc Mesnil (93)

« Tous ensemble, prenons une longueur d'avance sur le cancer colorectal, qui, détecté, se guérit 9 fois sur 10. » Les patients, personnels et visiteurs ont pour l'occasion participé à une séance photo avec chapeaux et boas pour marquer l'événement.

Les parapluies d'Auxerre

Polyclinique Sainte Marguerite, Auxerre (89)

Prendre son parapluie quand l'averse menace, faire le dépistage du cancer colorectal régulièrement, la Polyclinique Sainte Marguerite souhaite au travers de ses échanges avec les patients, personnels et visiteurs banaliser l'acte du dépistage du cancer colorectal. Afin de bien marquer les esprits, la polyclinique a accroché des parapluies bleus et blancs entre les arbres à l'extérieur et dans le hall, un ciel bleu tacheté de nuages, et la façade de l'établissement s'illumine de bleu la nuit tombée.

Un Mars Bleu XXL

Hôpital Privé Armand Brillard, Nogent-sur-Marne (94)

C'est aujourd'hui que l'établissement accueille le Côlon Tour. « Je n'y crois pas encore, cela fait un plus d'un an que nous en avons fait la demande, et il arrive ! » Pour ce Mars Bleu, l'hôpital privé souhaite ouvrir grand ses portes et inviter la ville à l'hôpital. Il a pour ce faire énormément communiqué sur l'événement : « Nous avons communiqué dans toutes les villes autour de Nogent-sur-Marne, publié dans le journal de la mairie, mis des flyers d'information sur les panneaux électriques, fait un communiqué de presse, créé une chaîne TV spéciale pour notre établissement où nous passons les films proposés par les associations et laboratoires, nous communiquons sur notre intranet, etc. »

VENEZ VOUS FAIRE TIRER LE PORTRAIT POUR MARS BLEU

Clinique Saint-Pierre,
Perpignan (66)

SUIVEZ LES TAGS POUR MARS BLEU

Polyclinique de Navarre
et Polyclinique Marzet,
Pau (64)

SI ON EN PARLAIT AUTOUR D'UNE TASSE DE CAFÉ !

Hôpital Privé des Côtes
d'Armor, Plerin (22)

UN MARS BLEU CHOIX MULTIPLES

Clinique de l'Estrée,
Stains (93)

LA PREUVE EN IMAGES

Polyclinique du Parc,
Toulouse (31)

BIEN MANGER, BIEN BOUGER

Clinique Pasteur,
Ris-Orangis (91)



Hôpital Privé Armand Brillard, Nogent-sur-Marne (94)



SAS Clinique Saint-Francois, Mainvilliers (28)



Venez vous faire tirer le portrait pour Mars Bleu

Clinique Saint-Pierre, Perpignan (66)

« Sur 40 personnes sondées, 10 avaient un niveau de risque élevé et 15 tests ont été remis au total. Notre action a par ailleurs été médiatisée, nous avons eu la visite de France 3 et un bel article dans L'Indépendant », explique Béatrice Cordier, responsable assurance qualité. Un photomaton sera installé dans le hall et les visiteurs repartiront avec un cliché... et un test de dépistage qu'ils s'engageront à effectuer.

Si on en parlait autour d'une tasse de café !

Hôpital Privé des Côtes d'Armor, Plerin (22)

Les messages passent beaucoup mieux lorsque c'est convivial. C'est l'idée qui a motivé les équipes à ouvrir « Le café bleu » dans le hall de l'établissement, animé par les IDE coordinatrices des parcours cancer, en coopération avec La Ligue et l'Oncarmor. « Café, thé, jus d'orange,... nous avons eu des heures d'affluence à notre café qui s'est tenu tous les lundis et jeudis après-midi de ce mois. Les informations sont diffusées lors d'un moment de détente et les invités repartent avec un petit cadeau. »

La preuve en images

Polyclinique du Parc, Toulouse (31)

« Nous organisons le 29 mars notre 1^{er} journée Mars Bleu, grand évènement que nous annonçons sur nos écrans d'information et qui sera l'occasion de présenter le film « Coloscopie de dépistage » réalisé en partenariat par le Dr Calazel, une gastro-entérologue de la Polyclinique du Parc, et la SFED », explique Nathalie Puppo directeur de l'établissement. Cette journée accompagnée par les personnels soignants de l'établissement sera l'occasion de parler dépistage, mais aussi de s'intéresser aux différentes techniques d'exams : la coloscopie standard réalisée par le gastro-entérologue et celle virtuelle réalisée par le radiologue.

Retrouvez tous les *Fil bleu* sur fhpmco.fr

FIL VERT. LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS MCO SONT LEADER EN RSE

LE PLATINE, UN MÉTAL PRÉCIEUX VALORISÉ

Clinique Pasteur, Toulouse (31)

UN ÉCO-GYMNASE MULTI-RÉCOMPENSÉ

Clinique St Roch, Cambrai

LA CLINIQUE JUGE OPTÉ POUR LE BOIS ET LA LUMIÈRE NATURELLE

Clinique Juge, Marseille (13)

LES IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX DE LA FONCTION LINGE

Clinique Pasteur, Royan (17)

UNE DÉMARCHÉ DE DÉVELOPPEMENT DURABLE GLOBALE

Clinique Esquirol-Saint Hilaire, Agen (47)

TRIER LE VERRE MÉDICAMENTEUX ET DIMINUER SES DASRI

Clinique Ambroise Paré, Beuvry (62)

COCKTAILS DE SONS, PASSEZ COMMANDE

Hôpital Privé Natecia, Lyon (69)

QUAND LES BIBERONS DEVIENNENT DES BACS À SABLE

Clinique Saint-Vincent de Paul, Bourgoin-Jallieu (38)



Les impacts environnementaux de la fonction linge

Clinique Pasteur, Royan (17)

Labellisée ISO 14001 dès 2009, la Clinique Pasteur a mené des actions spécifiques pour améliorer la fonction linge et les économies d'eau. « Très en amont de notre démarche de développement durable, c'est à dire dès 2007, nous avons souhaité réfléchir aux implications environnementales de la fonction linge dans notre établissement, de la création de l'article textile jusqu'à la destruction du produit. Notre politique d'achat a donc été modifiée en conséquence pour y intégrer des critères de développement durable. L'ensemble des acteurs impliqués dans la fonction linge ont été sollicités : où, comment et par qui sont fabriqués nos produits ? »

Une démarche de développement durable globale

Clinique Esquirol-Saint Hilaire, Agen (47)

La Clinique Esquirol-Saint Hilaire a adopté une approche en coût global en prenant en compte le cycle de vie de ses produits. L'acquisition d'une autolaveuse a permis à la clinique de supprimer bon nombre de détergents. Sur le volet tri des déchets, la clinique a mis en place 23 filières de tri sélectif.

La clinique est enfin signataire de la campagne 2for10 du C2DS et a d'ores et déjà réduit ses émissions de gaz à effet de serre de 30 % entre 2011 et 2014.

LES CONCIERGERIES DU XXI^e SIÈCLE

Le Confluent, Nantes (44)
et la Clinique Pasteur,
Toulouse (31)

FAIT MAISON ET BIO

Centre Cardio-Thoracique
de Monaco (98)

UNE HAD VERTE

Clinique Pasteur,
Toulouse (31)

RÉGULER LES REJETS EN EAU EN FONCTION DES SÉANCES

Clinique Néphrologique
Saint-Exupéry,
Toulouse (31)

UN BROYEUR ALIMENTAIRE POUR LA POLYCLINIQUE SAINT-FRANÇOIS

Polyclinique Saint-
François, Nice (06)

L'EAU DU « LOIR-ET-CHER » !

Clinique du Saint-Cœur,
Vendôme (41)

CHOISY TON SPORT

Clinique de Choisy,
Gosier, Guadeloupe (97)

LA CHASSE AUX PERTURBATEURS ENDOCRINIENS

Hôpital Privé Nord
Parisien, Sarcelles (95)

UNE SEMAINE VERTE

Clinique du Saint-Cœur,
Vendôme (41)

SILENCE, ON SOIGNE !

Clinique Pasteur,
Toulouse (31)

SEMAINE DU DD : VOUS AVEZ DES IDÉES !

Clinique du Pré,
Le Mans (72)

Polyclinique
Lyon-Nord,
Rillieux-
La-Pape (69)



Clinique
Saint-Roch,
Cambrai (59)

Réguler les rejets en eau en fonction des séances

Clinique Néphrologique Saint-Exupéry, Toulouse (31)

La gestion de l'eau et la préservation des ressources sont un axe stratégique inscrit dans le projet d'établissement 2015-2018. L'activité de dialyse ne repose pas seulement sur des séances programmées, l'établissement assure aussi des urgences néphrologiques avec la réalisation de près de 200 séances d'hémodialyse aiguës par an, souvent en dehors des heures d'ouverture des services d'hémodialyse. Des solutions ont été mises en place pour ajuster la production d'eau aux besoins réels.

L'eau du « Loir-et-Cher » !

Clinique du Saint-Cœur, Vendôme (41)

« Soyez brillant, pensez à m'éteindre », « L'eau du "Loir-et-Cher", ne me gaspillez pas ! », les messages diffusés sur le ton de l'humour passent mieux. Aussi, les équipes sont réceptives, engagées et elles recyclent «... les piles, les biberons, le papier, le carton et les cartonnettes, les emballages de médicaments, les cartouches d'encre reprises par une association de travailleurs handicapés, le matériel informatique et bureautique remis à une association qui le démonte et le recycle au profit de projets sociaux et/ou avec des pays sous-développés, les bouchons en plastique collectés pour une association qui achète des fauteuils roulants, etc. », explique Lauris Bouillon, responsable de la cellule développement durable.

TROIS RUCHES SUR LE TOIT

Polyclinique Lyon-Nord,
Rillieux La Pape (69)

COMMENT RÉDUIRE SA CONSOMMATION D'EAU DE 19 % ?

Hôpital privé Natecia,
Lyon (69)

TOUT EN CUIVRE

Clinique Arago, Paris (75)

LA NAISSANCE, UNE AFFAIRE DURABLE

Polyclinique Saint-Côme,
Compiègne (60)

L'AFFAIRE EST DANS LE BAC

Polyclinique de Bordeaux
Tondu (33)

« LES P'TITS DOUDOUS »

Clinique Océane,
Vannes (56)

BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL : EN AVANT TOUTE !

Clinique de l'Anjou,
Angers (49)

QUAND L'HYPNOSE SOULAGE

Centre de cancérologie
de Paris nord,
Sarcelles (95)

UN ATELIER NUTRITION POUR LES JEUNES MAMANS

Polyclinique de Navarre,
Pau (64)

NETTOYER PLUS VERT

Clinique Jeanne d'Arc -
Les Orchidées (97)

LA CHASSE AUX PE

Clinique Saint-Roch,
Cambrai (59)

La chasse aux perturbateurs endocriniens

Hôpital Privé Nord Parisien, Sarcelles (95)

L'HPNP se lance dans la campagne C2DS « *Objectif établissement sans perturbateurs endocriniens* », parrainée par la ministre Ségolène Royal, en accord avec l'engagement de longue date de l'établissement dans une démarche RSE. La première action de l'établissement a été de lancer un large inventaire de ces produits présents à tous les étages. « *Nous avons pour cela sollicité tous les cadres. Même les tickets de caisse contenant du bisphénol A ont été inventoriés par le service de compta* », précise Franck Paule, gestionnaire des risques. « *Un registre des achats de produits chimiques a été parallèlement créé et l'utilisation de chaque produit a été requestionnée. Nous avons aussi fait cette demande d'inventaire en direction de nos fournisseurs et en réclamant des précisions sur les molécules des éventuelles substitutions. Nous souhaitons partager notre propre expérience avec nos fournisseurs et les motiver à engager eux-mêmes des expériences dans leur propre entreprise.* »

Comment réduire sa consommation d'eau de 19 % ?

Hôpital privé Natecia, Lyon (69)

L'Hôpital Privé Natecia a testé des dispositifs pour économiser l'eau dans le cadre d'un projet pilote de trois semaines, mené en coopération avec un spécialiste en systèmes d'économie d'énergie. Ce projet pilote avait pour but de réaliser entre 10 à 20 % d'économies d'eau avec la pose de régulateurs de débit adaptés au milieu hospitalier, permettant d'avoir un écoulement laminaire sans bulles d'air. Résultat : une baisse de 19 % de consommation d'eau. Avec un retour sur investissement de six mois pour la pose de régulateurs de débits, le jeu en vaut la chandelle. Un autre effet connexe s'associe aux économies en eau, puisque seuls 31 kWh/m³ sont nécessaires pour obtenir une eau à 60°C.

Centre
Cardio-
Thoracique
de Monaco
(98)



UNE COLLECTE QUI PEUT RAPPORTER GROS

Médipôle de Savoie,
Challes-les-Eaux (73)

DUO DE CHOC POUR LES BIODÉCHETS

Polyclinique du Parc
Rambot, Aix-en-
Provence (13)

MOI(S) SANS TABAC

Centre médico-chirurgical
Les Cèdres, Brive (19)

UNE CLINIQUE DURABLE

Clinique Pasteur,
Toulouse (31)

PLUS QUE DU NETTOYAGE

Clinique Clémentville,
Montpellier (34)

PÉDALEZ PENDANT LA SÉANCE DE DIALYSE

Polyclinique de Blois,
La Chaussée-Saint-
Victor (41)



**Polyclinique
de Blois,
La Chaussée-
Saint Victor
(41)**

Tout en cuivre

Clinique Arago, Paris (75)

La Clinique Arago est l'un des premiers établissements sanitaires au monde à être entièrement équipé de cuivre antibactérien. La rénovation de la clinique a été l'occasion de mettre du cuivre partout où les mains peuvent déplacer des bactéries. « *Le cuivre est une très vieille connaissance des médecins, au XIX^e siècle on l'utilisait largement pour équiper les hôpitaux* », explique le Dr Philippe Lapresle, chirurgien orthopédiste et directeur général.

Pour la clinique, dont une grande partie de l'activité concerne la chirurgie prothétique, combattre les infections nosocomiales est une priorité.

La naissance, une affaire durable

Polyclinique Saint-Côme, Compiègne (60)

« *Plus le nid est douillet, plus les ailes sont grandes* », c'est le slogan de la maternité de la Polyclinique Saint-Côme, acteur de la première heure d'un développement durable en maternité. « *Nos équipes y sont sensibilisées depuis longtemps. Nous ne distribuons plus de boîtes roses depuis plus de six ans ; nous avons participé à l'étude Méco'expo qui a consisté à prélever des échantillons de méconium de nouveau-nés et de cheveux de la maman, afin d'évaluer l'exposition des nouveau-nés aux pesticides ; nous travaillons avec l'Union régionale des centres permanents d'initiatives pour l'environnement (URCPIE) de Picardie, qui vient faire de la prévention sur l'exposition aux produits chimiques auprès des jeunes mamans, mais aussi des personnels* », nous livre Vincent Vesselle, directeur.

« Les P'tits Doudous »

Clinique Océane, Vannes (56)

Les équipes des blocs opératoires de la clinique ont depuis peu elles-aussi leur association « Les P'tits Doudous », qui a pour vocation de dédramatiser le passage des enfants au bloc opératoire. La clinique est le premier établissement de santé privé à s'être engagé dans l'aventure, lancée par le CHU de Rennes. Cette action est financée par la récupération et la valorisation de déchets métalliques issus des blocs opératoires, comme les fils en cuivre jetables de bistouris électriques ou les lames de laryngoscope jetables en inox. Il s'agit d'un jeu interactif sur tablette où le patient devient le héros de l'établissement de santé. Il franchit avec bravoure toutes les étapes qui le mènent au bloc opératoire, il reconnaît les visages virtuels des professionnels du service qui le prennent en charge et comme il gagne toujours, il n'a plus peur.

Retrouvez tous les *Fil vert* sur fhpmco.fr



Congrès des spécialités de la
Fédération de l'Hospitalisation Privée

2017 ENSEMBLE

8-9 Juin | Palais des Congrès, Strasbourg



“ Ce premier
congrès
inter-métiers

MCO, SSR et PSY

à Strasbourg témoigne

d'un dynamisme nouveau.

Notre futur est commun,

c'est celui d'une

hospitalisation privée forte

pour une meilleure santé pour

tous. Rassemblés, notre force

est supérieure à la somme

de nos forces individuelles.

Ensemble, nous sommes

résolument dans

une marche en avant.”

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**