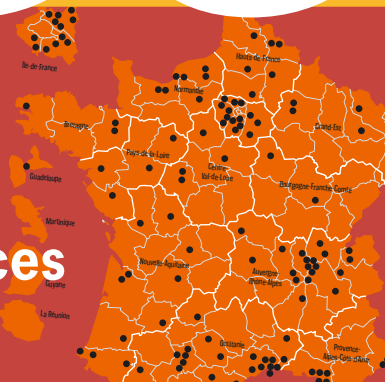


Urgences
privées

Les innovations
organisationnelles



121 services
en France



ONDAM
Les objectifs
nationaux
de dépenses
d'Assurance maladie



Services d'urgence

Pour une reconnaissance de tous les acteurs



éditorial
Ségolène
Benhamou

Le plan gouvernemental « Ma santé 2022 », puis le rapport Mesnier-Carli sur les urgences sorti en décembre, installent le Service d'accès aux soins (SAS) comme le nouveau paradigme qui réorganise l'amont de cette activité. Plus qu'une question de sémantique, le SAS devient le maître étalon qui crante désormais l'offre sanitaire, un guichet unique dédié à la santé pour répondre aux demandes de soins non programmés, les qualifier et les orienter.

La FHP-MCO adhère au fait qu'il doit apporter des réponses à l'échelle des bassins de vie, désengorger les services d'urgence, informer plus et mieux les usagers, favoriser le bon usage du système de soins. Mais à un moment où les tutelles nous appellent à la co-participation sur ce projet, comment peut-on lire dans les objectifs de la mise en place du SAS ces mots d'un autre temps : « Renforcer et organiser le service public confié aux médecins face aux risques d'initiatives privées à but lucratif qui iraient à l'encontre d'un égal accès aux soins sur le territoire et contribueraient au désengagement des professionnels de santé » (page 77 dudit rapport)!

Une bonne chose malgré tout : le point de vue adopté est enfin celui du patient qui souhaite précisément un accès aux soins, et non plus celui des institutions et de leurs acteurs.

Ainsi, les concepts de PDSES, de garde, de PDSA, passent au second plan. La vraie difficulté se situe avant tout en journée dans les relations pluri-professionnelles, et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) apparaissent comme une clef de voûte dans l'amélioration de l'accès aux soins non programmés. Nous adhérons au fait que ce nouveau modèle ne vienne pas se substituer aux médecins traitants, ni occulter les autres partenaires de l'organisation de la médecine non programmée ambulatoire.

La vision doit être systémique dans le temps et dans l'espace avec tous les acteurs. Nous nous interrogeons sur les annonces de co-construction du SAS, de co-direction et de co-gestion avec les différents acteurs du territoire, qui ne manqueront pas de conduire des actions de co-évaluation. Nous sommes partants, pour peu que nous ne soyons pas exclus dans le cadre d'un calendrier de mise en œuvre très ambitieux prévoyant des actions menées dès juin 2020.

Parallèlement, le plan urgences encourage la mise en place d'une gradation des structures dans le cadre de la réforme des autorisations. La création d'antennes de médecine d'urgence, ouvertes tous les jours mais pas en permanence, est confirmée. Nous sommes rassurés d'avoir été entendus sur le fait que ces antennes puissent être accessibles aux établissements de tous statuts, et pas seulement à ceux qui disposeront d'une équipe territoriale d'urgentistes. Ainsi, une convention entre un établissement siège d'un service d'urgence et un établissement siège d'une antenne répondra à l'objectif d'une politique territoriale.

Nous attendons un traitement équitable dans le sens de la reconnaissance de tous les acteurs.

Les administrateurs et l'ensemble des collaborateurs vous souhaitent une année 2020 garante de l'équité de traitement des acteurs hospitaliers.

La vision doit être systémique dans le temps et dans l'espace avec tous les acteurs.

*Je vous présente
mes meilleurs vœux
pour 2020.*

Ségolène Benhamou
Présidente de la FHP-MCO



ALEXANDRE BREIL, DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE L'HÔPITAL PRIVÉ D'ANTONY

ALIGNER LES ÉNERGIES

Antony, la quinzaine de médecins urgentistes que comporte l'équipe prend en charge 70000 passages par an, avec des pics à 280 patients certains jours. Les praticiens sont associés et organisent une présence jusqu'à 6 médecins de front à certaines heures, en se calant sur la courbe de fréquentation qui est à peu près similaire dans tous les établis-



La clé est de réussir à aligner toutes les énergies vers un même but : la prise en charge du patient.

sements hospitaliers.

Ils travaillent en binôme principalement avec les infirmier·e·s et se répartissent les rôles : l'accueil et l'évaluation, l'orientation, la prise en charge de la traumatologie dans une logique de circuit court, la médecine et le décochage dans celle d'un circuit long. La réussite du modèle réside aussi dans la coopération avec le plateau d'imagerie et le laboratoire d'analyse qui s'engagent sur des délais rapides 24/24. Enfin, les urgentistes bénéficient d'un secteur de post-urgences qui leur permet de temporiser jusqu'à 48 h avant d'orienter les patients dans un autre service, en aval, vers un autre établissement ou le domicile. 7 % des patients accueillis en urgence seront in fine hospitalisés, dont la moitié en hospitalisation complète. Le profil de gravité des patients et leurs pathologies sont identiques à ceux rencontrés par nos confrères à l'hôpital public.

Un affichage pédagogique

Le temps d'attente avant la première prise en charge ainsi que le temps de passage total sont calculés en permanence sur la base des 4 heures précédentes et affichés sur place et sur le site internet : il s'élève en moyenne à 15 à 20 min. Ce n'est ni une promesse, ni une garantie, nous sommes juste dans une logique de transparence. Cet indicateur est avant tout un marqueur de la qualité globale de l'organisation, et de l'attention portée à ce sujet, ce qui suscite un comportement plus respectueux des patients.

Des solutions pour désengorger les urgences

Depuis septembre, nous expérimentons à Antony une réorientation des patients de médecine générale après évaluation, vers un praticien qui consulte sans rendez-vous 3 jours par semaine et le week-end, au sein de la maison médicale de garde qui est hébergée sur site, bénéficiant ainsi de la proximité des plateaux d'imagerie et de biologie. Ces derniers ont également mis en place depuis plusieurs années un circuit rapide à destination des généralistes du secteur : les « patients R ». Les patients identifiés ont ainsi accès - sans rendez-vous - aux plateaux techniques, et les médecins généralistes reçoivent les résultats dans la journée, leur permettant ainsi de finaliser leur prise en charge de bout en

URGENCES

Un pacte refondateur

Les symptômes du malaise des urgences sont connus de tous : augmentation des temps d'attente, difficultés d'hospitalisation en aval, mécontentement des patients et des personnels. Les urgences sont une zone de frottement entre la médecine de ville et les structures hospitalières. Tour d'horizon de l'hospitalisation privée et du « Pacte de refondation des urgences » du député Mesnier et du Pr Carli.

bout, sans recours inapproprié aux urgences. La clef est de réussir à aligner toutes les énergies vers un même but : la prise en charge du patient.

OLIVIER VERRIEZ, PRÉSIDENT DU GROUPE
HÔPITAUX PRIVÉS DU LITTORAL

DES URGENCES QUI NE DISENT PAS LEUR NOM

In'est pas identifié en tant que tel par l'ARS mais le service de soins non programmés du Centre MCO Côte d'Opale à Saint-Martin-Boulogne est un service ouvert 24/24, 7 jours sur 7 et qui reçoit 18 000 passages par an. Ce service répond aux demandes de 95 % des patients qui se présentent, dont environ 13 % seront hospitalisés. Les 5 % de patients transférés, munis de leurs



Pour moi, c'est inimaginable de fermer les portes d'un établissement de santé à 20 h, c'est une question d'ADN de notre entreprise.

bilans biologique et radiologique, le sont directement dans les services spécialisés adaptés d'un établissement voisin. Notre établissement de santé est un des plus importants du littoral, ainsi nous disposons de plateaux techniques et de lignes d'astreintes médicales pour quasiment toutes les spécialités médicales, chirurgicales, de deux lignes d'astreinte en anesthésie et d'un cardiologue présent 24/24 dans l'établissement. D'autre part, un plateau d'imagerie et un laboratoire d'analyse sur site sont ouverts non-stop comme le service de soins non programmés.

La Clinique Côte d'Opale est à 1 h 30 des deux CHU - Lille et Amiens - et répond donc à un besoin sanitaire de proximité. Au fil des presque 20 ans d'existence du centre, la population a pris progressivement l'habitude de venir, ce qui permet d'éviter la surchauffe des urgences du CH de la ville. Par ailleurs, le Samu nous amène aussi des patients en direct par la route ou par les airs puisque nous disposons d'un hélicoptère.

Pour moi, c'est inimaginable de fermer les portes d'un établissement de santé à 20 h, c'est une question d'ADN de notre entreprise et de valeurs. Répondre la nuit, le week-end, les jours fériés fait partie de notre métier. Indépendamment des obligations légales et réglementaires, garantir un accès pour tous à toute heure fait partie intrinsèquement de notre mission.

Notre porte est toujours ouverte

Pourtant, nous ne percevons aucune rémunération pour la mise à disposition de cette organisation car, malgré nos demandes répétées, notre centre n'est pas qualifié « service d'urgence » par l'autorité de tutelle.

Nos médecins sont des généralistes libéraux qui exercent là comme ils le font dans leur cabinet de ville. Cette première ligne de soins épargne du temps médical de nos médecins spécialistes qui apportent leur expertise au bon moment et dans la bonne situation. Le cas échéant, ce centre garantit une continuité des soins pour nos patients en post-hospitalisation. La même infrastructure existe à la Clinique des Deux Caps à Coquelles qui appartient au même groupe régional. Notre porte est toujours ouverte, la tutelle le sait et cela leur convient car nous répondons aux besoins de notre territoire.

DR ALBERT BIRYNCZYK, PRÉSIDENT
DU SYNDICAT NATIONAL DES URGENTISTES
DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (SNUHP)

NOUS AVONS BESOIN URGEMMENT DE REVALORISER NOTRE MÉTIER

Les centres de soins non programmés se multiplient et recrutent nos profils pour prendre en charge des pathologies traumatiques, bénignes ou pour coordonner les demandes en soins. Leurs contraintes sont moindres, sans garde, avec peu ou pas de stress. De fait, leurs sirènes sont très attractives pour les jeunes praticiens ou les seniors qui as-



Nous avons besoin de mesures financières incitatives pour susciter la motivation à exercer dans un cadre stressant, 24/24.

pirent à moins de stress et qui manqueront de fait à l'appel de nos services d'urgence.

L'enquête que nous avons réalisée l'année dernière indique que 95 % des médecins étaient satisfaits de leur exercice en établissement privé. Nos conditions d'exercice sont globalement bonnes, dans la plupart des cas nos outils de travail sont excellents, et nous ressentons une grande liberté de faire. Les établissements de santé privés sont réactifs, réfléchissent avec nous à l'organisation générale du service - lits d'aval, coordination avec les soignants - et offrent un corps précieux de spécialistes, indispensables à l'accomplissement de notre travail.

Besoins de mesures financières

Les vraies pathologies d'urgence sont les détresses immédiates, des pathologies qui pourraient se dégrader, etc. Ces prises en charge lourdes de patients complexes demandent un temps médical important or la rémunération ne prend pas en compte les différents niveaux de gravité. Les dépassements d'honoraires sont naturellement interdits. Nous avons donc besoin de mesures financières incitatives pour susciter la motivation à exercer dans un cadre stressant, 24/24.

Dans le secteur privé, nous voyons en moyenne entre 4000 et 5000 patients par an et par médecin, c'est le double de nos confrères du secteur public. En revanche, la difficulté à trouver des remplaçants nous touche pareillement. Les services d'urgence privés sont sur le terrain, à la campagne comme en ville, et sont un renfort indispensable aux urgences publiques. Par exemple, dans mon établissement au sud de Saint-Étienne, nous accueillons en urgence des patients d'un niveau de gravité identique à celui du CHU voisin. Certains nous sont amenés par le Samu et un grand nombre d'entre eux par les pompiers et les ambulances privées, régulés par le centre 15.

Dans l'agglomération stéphanoise, les 2 établissements privés, sièges d'un service d'urgence, comptabilisent autant d'entrées que le CHU de Saint-Étienne. À cet endroit, comme dans d'autres, nous sommes indispensables !

PROFESSEUR PIERRE CARLI, PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'URGENCE HOSPITALIÈRE, CO-AUTEUR AVEC LE DÉPUTÉ THOMAS MESNIER DU RAPPORT « POUR UN PACTE DE REFONDATION DES URGENCES », DÉCEMBRE 2019

REFONDATION DES URGENCES : UNE APPROCHE À 360 DEGRÉS

Contrairement aux précédents rapports qui recommandaient des mesures sectorielles, nous avons adopté une approche à 360 degrés car les urgences ne peuvent pas être observées de façon isolée. Notre question est devenue : comment assurer une offre de qualité sans que le seul point d'entrée soit les urgences ?



Nous souhaitons engager les acteurs dans une meilleure gestion de la quantité des soins mais aussi de leur qualité.

En amont, cela suppose de développer des alternatives plus adaptées pour les patients qui ne présentent pas une situation de détresse vitale, afin d'éviter le recours par défaut aux urgences pour des problèmes relevant en réalité d'une demande de soins non programmés.

Nous avons élaboré plusieurs propositions. L'une d'elles consiste à développer des maisons médicales de garde, notamment à proximité directe de tous les services d'urgence totalisant plus de 50 000 passages par an. Également, miser sur le rôle essentiel joué par les communautés professionnelles de territoire, comme celui des infirmiers en pratique avancée, pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques et des patients en EHPAD. Autre proposition : ouvrir un accès direct à des services spécialisés, à des patients âgés poly pathologiques, favoriser l'hospitalisation directe. Dans tous les cas, la systématisation du tiers payant est pour nous essentielle. Enfin, nous avons proposé un nouveau service d'accès aux soins (SAS), plateforme Santé télé-

phonique et en ligne, en lien avec les services de secours.

Nos propositions sur le plan organisationnel des services d'urgence, le renforcement des compétences d'infirmiers organisateurs de l'accueil est fondamental. Côté médecins, nous faisons tous face à la même pénurie d'urgentistes, une profession dont il faut développer l'attractivité dans la réforme du troisième cycle et améliorer les conditions de travail. Enfin, le recours à des médecins intérimaires doit être contingenté.

Une de nos recommandations fortement commentée concerne la gradation des soins avec la création d'antennes d'urgence, qui ne seront pas des structures d'urgence mais prendront en charge des soins, y compris d'urgence vitale, et seront ouvertes à des horaires de jour classiques. Une gradation concernerait de même les transports médicalisés urgents avec la création d'une nouvelle offre de transport prioritairement pour les interventions secondaires.

Concernant l'aval, notre recommandation majeure est de généraliser un indicateur qui mesure le « besoin journalier minimum en lits » (BMJL), qui dans chaque établissement permet de dimensionner le besoin d'hospitalisation.

Nous souhaitons engager les acteurs dans une meilleure gestion de la quantité des soins mais aussi de leur qualité. Ainsi des indicateurs qualité autour du « zéro brancard » ou du temps d'attente pourront influencer le financement.

Nous disposons d'un seul et unique système de santé, il est riche de ses différents acteurs de soin, public, privé, hospitalier, de ville, d'amont et d'aval qui doivent travailler ensemble, pour assurer la meilleure qualité et sécurité des soins.

CYRILLE ISAAC-SIBILLE, DÉPUTÉ DU RHÔNE, SECRÉTAIRE DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

DES RÉPONSES CONCRÈTES

Le rapport du député Thomas Mesnier et du Pr Carli s'inscrit en cohérence avec le plan « Ma santé 2022 » et apporte des réponses concrètes aux quatre problématiques sur lesquelles repose la « crise des urgences ». Il met à l'ordre du jour le dossier de la régulation avec la création du SAS qui devra répondre aux interrogations légitimes de tous les



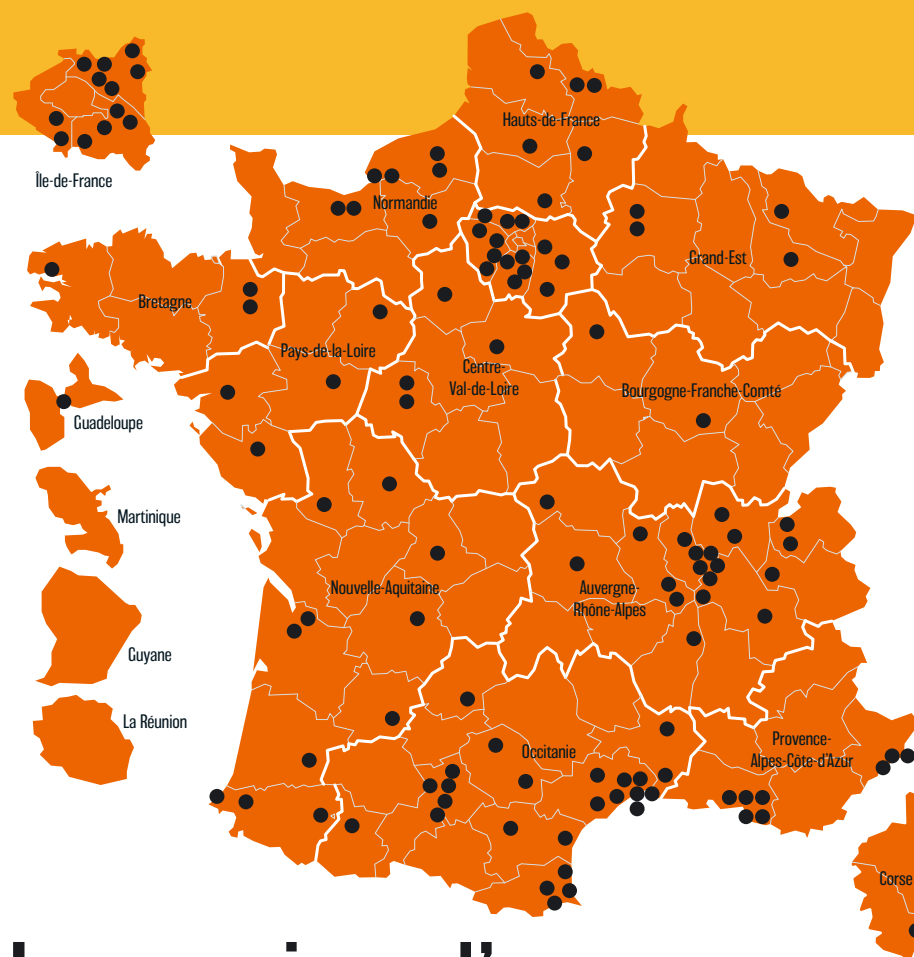
Dans ce rapport, les réponses apportées sont majoritairement centrées sur l'hôpital.

acteurs : qui en aura la responsabilité et la gestion ? Il propose également d'assouplir le cadre des transports sanitaires. Il apporte une réponse à la question des soins non programmés en proposant la création d'antennes d'urgence, dans une logique de gradation

des soins. Il opère une refonte globale du mode de financement des urgences, dont nous avons voté une partie dans le dernier PLFSS, qui en l'état actuel, n'était plus adapté à la pratique d'aujourd'hui.

Dans ce rapport, les réponses apportées sont majoritairement centrées sur l'hôpital. Or nous savons que la médecine généraliste de ville est le premier acteur de proximité et que le problème des urgences ne peut se régler sans elle ! La médecine généraliste de ville pourra très prochainement prendre en charge les soins n'engageant pas le pronostic vital mais nécessitant une réponse immédiate, grâce à l'adoption récente de la proposition de loi visant à créer des « points d'accueil pour soins immédiats » (PASI).

Si la refonte du mode de financement des urgences hospitalières est une bonne chose, la CNAM devra en parallèle revaloriser les actes non programmés exercés par la médecine libérale.



Les services d'urgence privés en France

- **121** structures d'urgence privées sont autorisées.
- **3 011 400** passages sont enregistrés par an, dont **218 200** sont des patients âgés de plus de 80 ans et **442 600** ont moins de 18 ans.
- **103** structures d'urgence font un suivi des temps d'attente et de passage.
- **714** postes équivalents temps plein de médecins urgentistes sont rémunérés.
- Le plus important service d'urgence privé accueille **70 000** patients par an.
- **39** départements de la France métropolitaine et **3** départements d'outre-mer ne disposent pas de services d'urgence privés.

SOURCE : ENQUÊTE 2018 FHP-MCO



LES FRANÇAIS NOUS FONT CONFIANCE

CONFIANCE

83 %

des Français accordent leur confiance aux cliniques privées. L'hospitalisation privée arrive en 2^e place après les professions médicales (91 %) et juste devant l'hôpital public (82 %).

SOUTIEN

88 %

des Français souhaitent que les pouvoirs publics aident ceux qui les protègent.

LÉGITIMITÉ

67 %

des Français considèrent l'hospitalisation privée comme une voie légitime pour la pérennité du système de santé et l'équilibre de l'offre.

Source : Observatoire sociétal FHP-Viavoice, décembre 2019.

dialogue
santé

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les trois mois. Janvier 2020. Directeur de publication : Ségolène Benhamou présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : © iStock et DR.

Les objectifs nationaux de dépenses d'Assurance maladie pour l'année 2020

« Nous avons besoin d'une construction de la campagne tarifaire sincère et d'une visibilité pluriannuelle "attrayante". »

CAMPAGNE TARIFAIRE 2020 : LE MINISTÈRE ANNONCE UNE AUGMENTATION DES TARIFS D'AU MOINS 0,2 %

« Parallèlement à la réforme du financement qui vise à réduire la part du financement à l'activité, l'objectif est d'augmenter chaque année les tarifs d'au moins 0,2 % et de faire encore mieux quand ce sera possible grâce à une meilleure pertinence des soins. Si les efforts en matière de pertinence portent leurs fruits, c'est-à-dire si la hausse de

l'activité est maîtrisée grâce à la réduction des actes inutiles ou non pertinents, toutes les marges dégagées contribueront à abonder les tarifs. », annonce le ministère des Solidarités et de la Santé dans son rapport « *Ma santé 2022, investir pour l'hôpital* » publié en novembre 2019 (mesure 12).

QUÊTE D'UNE PERTINENCE DES SOINS

En engageant résolument les acteurs de santé dans la qualité et la pertinence des soins et des prises en charge, le ministère souhaite « réduire les 30 % des actes qui ne sont pas pertinents. L'ensemble des sociétés savantes devront formuler des propositions très concrètes d'indicateurs et d'actions sur les pathologies prioritaires dans leurs spécialités qui permettent d'améliorer la qualité

de la prise en charge du patient. Les établissements devront mettre en place, dans le même délai, les outils nécessaires à la mesure systématique de la qualité et de la satisfaction du patient », indique le ministère (mesure 14).

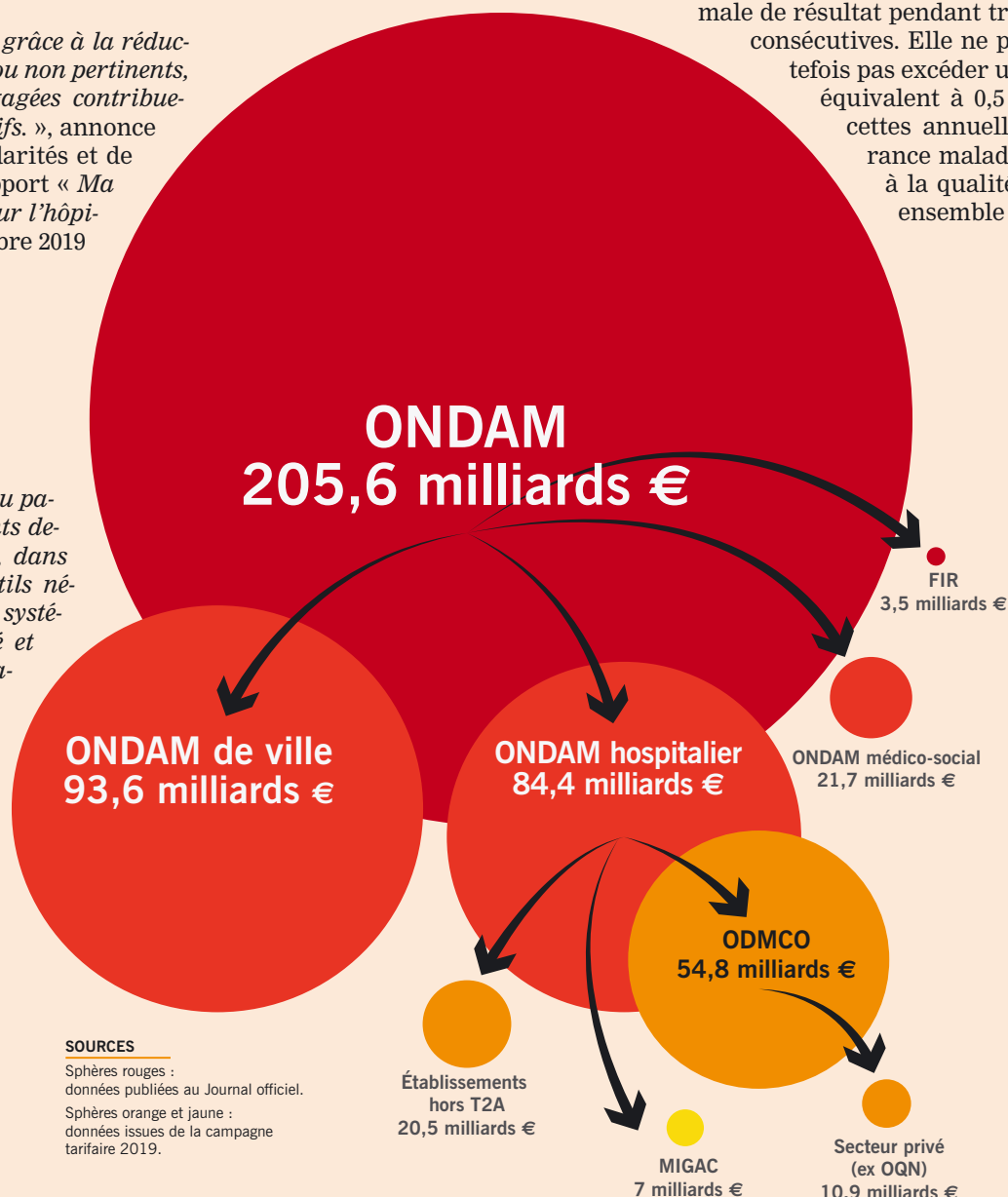
L'ARTICLE 51

Cet article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2018 ouvre des possibilités sans précédent : il facilite l'expérimentation d'innovations organisationnelles et financières et permet de déroger à certaines dispositions du code de la Sécurité sociale et du code de la santé publique. Les projets de 54 établissements de santé privés ont été retenus pour participer aux travaux.

IFAQ, un modèle dynamique

L'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) est un compartiment à part entière de la rémunération des établissements de santé. Dotée de 50 millions en 2018, 200 millions en 2019, l'enveloppe IFAQ sera portée à 2 milliards d'euros en 2022. C'est un des rares dispositifs à être construits dans le temps long, de manière transparente et équitable, quel que soit le statut des établissements de santé.

Pour l'heure, les dispositifs « qualité » opposables aux établissements de santé ne sont pas coordonnés avec ceux mis en place par la convention médicale. Attention, une pénalité, dépendant du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés, sera imposée aux établissements qui n'atteindront pas la valeur minimale de résultat pendant trois années consécutives. Elle ne pourra toutefois pas excéder un montant équivalent à 0,5 % des recettes annuelles d'Assurance maladie. Un défi à la qualité à relever ensemble!



SOURCES

Sphères rouges : données publiées au Journal officiel. Sphères orange et jaune : données issues de la campagne tarifaire 2019.