

Retex médecins

10 recommandations pour se préparer à la prochaine crise.

Place de l'éthique

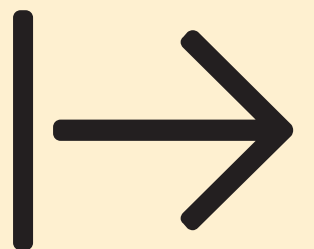
Éthique et gestion de crise font-elles bon ménage ?

Rémunération de crise

Les médecins libéraux, les « grands oubliés de l'histoire ».FHP-MCO
Syndicat national
des 590 établissements
de santé privés
exerçant une activité
en Médecine, Chirurgie,
Obstétrique (MCO).
FHP-MCO
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr

Ethique & Covid

Comment accorder éthique et gestion de crise sanitaire ?

NOTRE
DOSSIER

Entre morale personnelle, engagement professionnel, déontologie, chacun a apprécié ses principes éthiques face à la responsabilité directe dans laquelle il se trouvait. Six grandes voix répondent.

➔ LIRE PAGES 2 ET 3 LES CONTRIBUTIONS D'ACTEURS DE TERRAIN



Le grand sceau de l'éthique

Les professionnels de santé, débridés par la force de la situation de crise, se révélaient extraordinaires. En mars 2022, nombre sont encore au front. Chacun s'est interrogé sur ses missions, ses responsabilités et les moyens d'y faire face. Entre morale personnelle, engagement professionnel, déontologie, chacun a apprécié ses principes éthiques face à la responsabilité directe dans laquelle il se trouvait.

L'expérience et la connaissance progressive de la Covid ont conduit nombre d'entre nous à préconiser peu à peu une vision territoriale pour éviter les pertes de chance des patients atteints d'autres pathologies. Sous une gouvernance nationale et régionale de crise, les professionnels de santé ont dû prendre des décisions au quotidien, tous ont espéré que ce soient les bonnes...

Nul n'a le monopole de la définition de l'éthique. Médecin, directeur d'établissement de santé ou d'agence régionale de santé, ont le devoir de partager cet objectif commun, chacun avec sa propre perception. Le médecin, le soignant, agissent pour ce patient quand les autres agissent pour les patients. Le grand sceau de l'éthique exige plus que tout de partager des valeurs communes d'humanité.

Frédérique Gama
Présidente de la FHP-MCO

DS
bref

PLACE DES VALEURS ÉTHIQUES : APPEL À PARTICIPATION

Une recherche est lancée visant à évaluer l'impact du rappel de valeurs éthiques auprès de médecins urgentistes et réanimateurs sur la nature de leur choix en termes de priorisation des soins en situation hypothétique de rareté de ressources. Cette étude expérimentale prospective non clinique (sondage) contrôlée et randomisée est accessible via un questionnaire en ligne. Cette recherche a reçu l'accord du comité local d'éthique de la recherche en santé du CHU de Caen. Le questionnaire est accessible sur le lien : <https://pilotest.fr>

LEÇON DE CRISE

Structurer le cadre éthique

Clarifier la mise en œuvre d'un cadre éthique est nécessaire pour faire face aux situations de crise. Où en sommes-nous après deux ans de pandémie ?

Cette pandémie a confronté les soignants à une problématique d'éthique sans précédent. Soumis à la brutalité de la crise, aux injonctions ministérielles et à l'urgence décisionnelle, les arbitrages auxquels ils ont dû faire face sans parfois disposer du recul nécessaire à un accompagnement équitable et de qualité, ont alimenté une détresse psychologique. Sur le terrain pourtant, des instances existent, ou ont été mises en place.

UNE FEUILLE DE ROUTE ET DES REPÈRES CLAIRS POUR L'AVENIR

Dès le mois de mars 2020, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) engageait les espaces de réflexion éthique régionaux (ERER), placés sous la responsabilité des ARS, à mettre en place des cellules de soutien éthique (CSE) dans les établissements de santé et auprès de la médecine de ville.

De nombreuses CSE ont depuis été créées sur le territoire, mais leurs formats très variés ont produit une diversité d'actions ne correspondant que partiellement aux besoins de terrain.

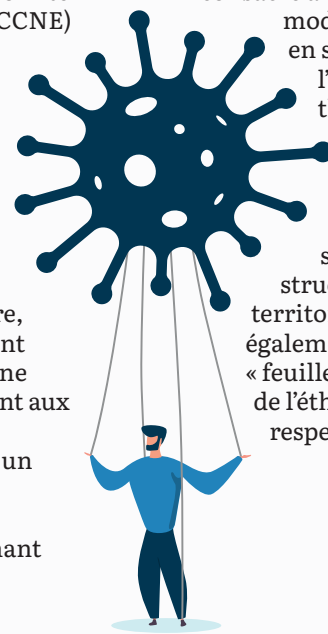
En mai 2021, le CCNE rendait un avis sur « l'Éthique et la santé publique », issu en partie des interpellations de terrain émanant

des ERER ou de professionnels de santé via ces cellules éthiques de soutien en région. Il y tirait de premiers enseignements, insistant sur la nécessité de poser un cadre et des repères face aux questions de santé complexes. Le comité proposait également des états généraux pour une éthique de la santé publique visant à la structurer dans le court et long termes.

Dans la suite de ces travaux, la DGOS a publié début février 2022 les résultats de l'étude PANTERE (PANdémie, TERRitoires et Éthique) destinée à évaluer l'apport des dispositifs de CSE durant la crise. Mené entre mars 2020 et mars 2021, ce projet s'est consacré à l'étude des interactions et des modes de gouvernance de l'éthique en situation de crise, mais aussi à

l'analyse des nombreuses thématiques des saisines et productions des CSE.

Ces résultats permettent déjà d'envisager la façon dont l'éthique en santé pourrait s'organiser de manière plus structurée entre les niveaux territorial et national. Ils serviront également à la mise en œuvre d'une « feuille de route pour le développement de l'éthique » précisant les rôles respectifs de chaque partie prenante.



DR PATRICK GASSER, PRÉSIDENT DE AVENIR SPÉ

Le problème éthique reste entier

Nombre de comités d'éthique internes aux établissements de santé se sont activés dès le début de la crise sanitaire. Déprogrammer aveuglément pour toutes les spéciali-



tés, par exemple 20 % de son activité au bloc, est inadmissible. Ce n'est pas éthique ! Il faut quand même se poser la question de savoir si telle ou telle prise en charge est plus importante qu'une autre. Il y a une priorisation

à faire. Alors que nous n'en avons pas encore terminé avec ce virus, je déplore aujourd'hui que nous entendions beaucoup moins ces comités d'éthique. Pourtant, avec les déprogrammations actuelles motivées par la pénurie de soignants, le problème éthique reste entier !

DR PAUL GARASSUS, PRÉSIDENT DE L'UNION EUROPÉENNE DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (UEHP)

Une sagesse pratique

Le virus Covid-19 a bousculé nos générations d'après-guerre qui n'avaient jamais fait face à de telles crises sanitaires.



Tous les systèmes de santé européens ont été pris de court malgré des plans de gestion envisagés par les agences européennes. Un des grands enseignements est que la régionalisation de la réponse a été une des clés de la réussite organisationnelle. Mais en complément, les nouvelles responsabilités et compétences de l'Union européenne en matière de santé publique ont fait leurs preuves. La dimension collective de la réponse européenne a joué un rôle prépondérant en prenant deux exemples, la fourniture des matériels critiques en rupture d'approvisionnement ou l'accès aux vaccins.

La plasticité du secteur hospitalier privé a été remarquable pour répondre aux besoins populationnels en France et partout en Europe, malgré la question rémanente du financement. Les hôpitaux privés ont pro-

posé leurs services dans un objectif de santé publique et du maintien de l'accès aux soins. Mais le risque de saturation des capacités disponibles s'est fait jour, tout à la fois pour l'urgence sanitaire comme pour la prise en charge des pathologies chroniques.

Le conflit moral des médecins était alors : comment se rendre disponibles face à cette contrainte ? Le corps médical s'est adapté sans déroger au droit d'accès du patient à ses services. La politique de la porte ouverte était son devoir, tout en respectant strictement les consignes réglementaires imposées. La sagesse pratique nous a animés pour gérer l'imprévisible car il s'agissait tout à la fois d'une responsabilité individuelle et collective. Mais chaque crise a ses bénéfices indirects et les nouvelles technologies de l'information comme la télémédecine ont très clai-

« Acteur impliqué de longue date à Bruxelles, nous ne pouvons que prôner le renforcement de l'Europe de la santé tant elle a démontré son utilité en situation de crise. »

rement été favorisées. Cependant rien n'a pu compenser totalement les fermetures temporaires des hôpitaux privés et publics en Europe. Le conflit moral s'est accru lors des déprogrammations dont nous n'avons pas encore mesuré toutes les conséquences sanitaires en termes de pertes de chance ou de complications.

Dans les établissements de santé, la hiérarchisation des priorités de soins s'est faite de façon collégiale. La concertation pluridisciplinaire est une règle éthique partageable car elle incite à la transparence fondamentale de la décision. Cette approche collective permet d'élaborer des solutions opérationnelles respectueuses des personnes soignées mais aussi de répartir la charge morale entre confrères. Rappelons que le burnout est la première maladie professionnelle du corps médical.

Pour aller plus loin

Dr Paul Garassus, Christian Hervé, *Éthique et argent en santé*, Ed. Eska, 2021.



CLAUDE EVIN, AVOCAT AU BARREAU DE PARIS, MÉDIATEUR

L'éthique, une règle fondamentale

Les principes éthiques s'apprécient face à la responsabilité directe dans laquelle on se trouve. L'éthique pour le ministre ou le directeur d'agence régionale de santé est de veiller à ce que le système de santé fonctionne bien avec les moyens mis à disposition dans le cadre de la solidarité nationale. Celle du médecin face à un patient est l'appréciation dans un contexte particulier, de la proportion du risque pour ce patient. Dans la mesure du possible, face à des situations complexes, il peut être utile que les décisions soient prises collectivement et ne reposent pas sur la seule décision d'un professionnel isolé, qui ne doit pas hésiter à mobiliser une réflexion avec ses confrères.



demande pas aux médecins de se préoccuper de l'équilibre de l'Assurance maladie, ce qui est, en revanche, la préoccupation du ministre et en suivant des directeurs des ARS. Ceci contribue sur le plan éthique à garantir aux patients qu'ils seront bien pris en charge. Les uns et les autres ont des contraintes qui ne sont pas les mêmes mais veiller à l'intérêt de la population s'impose à tous.

« Les principes éthiques s'apprécient face à la responsabilité directe dans laquelle on se trouve. »

Je crois que l'éthique doit d'abord être une condition personnelle par rapport à la mission donnée, à celle qu'on a décidé de remplir dans le système de santé. Elle est animée de conditions personnelles, de l'intérêt du patient, et de la qualité d'intervention.

Tenir des principes éthiques et les adapter à une situation est une réflexion conduite par un certain nombre de comités d'éthique. Le Comité consultatif national d'éthique a d'ailleurs eu l'occasion d'émettre des avis. Pour autant, dans sa relation individuelle avec son patient, le médecin est amené à prendre des décisions. Sa responsabilité est d'obtenir un consentement.

Il n'y a pas de règle qui permette de dire ce qu'il faut faire dans une situation donnée. Les relations humaines qui s'établissent entre un médecin et un patient ne se règlent pas par un arbre de décision dans lequel on répond « oui ou non » de manière arithmétique. Néanmoins, un problème de compréhension entre les différents acteurs peut se poser. Le professionnel au lit du patient doit répondre à la préoccupation du patient, à sa situation. L'éthique pour le ministre est de garantir que ce système puisse tenir, y compris dans son aspect économique. Cela oblige naturellement à prendre des décisions pour qu'y compris le médecin au lit du patient puisse prendre celles qui s'imposent. On ne

Quelle est la responsabilité des médecins ?

Les déprogrammations demandées par la puissance publique ne mettent pas en cause directement la responsabilité des professionnels de santé. Le professionnel ne peut pas être considéré comme avoir commis une faute pénale à partir du moment où il a suivi la demande formulée par les autorités publiques. Rappelons que pour qu'il y ait une mise en cause de la responsabilité pénale d'un professionnel, il faut qu'il ait commis une faute et que la faute soit imputable à une personne. Il n'y a pas de faute de la part du

médecin si la déprogrammation s'inscrit dans une démarche imposée face à la crise sanitaire. L'autre type de responsabilité est indemnitaire, de réparation éventuelle d'un dommage qui aurait pu résulter de la déprogrammation d'un patient.

« Il n'y a pas de faute de la part du médecin si la déprogrammation s'inscrit dans une démarche imposée face à la crise sanitaire. »

Rappelons à ce sujet qu'il existe d'abord une procédure d'indemnisation par l'ONIAM lorsque la mesure

de déprogrammation a été prise à la suite d'un arrêté d'un ministre (article L3131-4 du code de santé publique). Le dommage doit être direct et certain, et non fondé sur une hypothèse. D'une manière générale, lorsqu'il n'y a pas de faute du médecin, la responsabilité indemnitaire d'une réparation est assurée par la solidarité nationale (ONIAM) dans des conditions qui dépendent du niveau du préjudice.

PR PIERRE-FRANÇOIS PERRIGAULT, RESPONSABLE DU DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION GUY DE CHAULIAC, CHEF DU PÔLE NEUROSCIENCES TÊTE ET COU, PRÉSIDENT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DU CHU DE MONTPELLIER, PRÉSIDENT DU COMITÉ ÉTHIQUE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

La supériorité des impératifs éthiques

Dès la première vague épidémique, la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) et le service de santé des Armées ont rédigé une aide à la décision concernant la priorisation d'accès à la réanimation. Nous avons publié deux documents : un premier avec des éléments objectifs pour aider les praticiens sur le terrain à décider quels patients auraient un bénéfice à être admis en réanimation, versus ceux qui n'en auraient pas. Un deuxième document rappelait la supériorité des impératifs éthiques à ces seuls critères pour prendre une décision.

Nos repères éthiques rappellent que les décisions doivent être collégiales. Elles sont traumatisantes et extrêmement difficiles à prendre. Nous rappelons le respect de l'autonomie, c'est-à-dire le respect de la volonté des patients, par le biais des directives anticipées par exemple. Ou encore, en décembre 2021, connaissant mieux la maladie, nous avons appelé à ne plus fermer les unités de réanimation aux proches. Ce point éthique était particulièrement éprouvant pour les équipes car nous savons l'importance de la présence des familles à la fois pour limiter les symptômes d'anxiété, de dépression, de stress posttraumatique des patients mais aussi des proches.

Ces grands principes n'ont pas bougé. Au fil de l'épidémie, en réaction à l'environnement médiatique, nous avons remis les points sur les « i », par exemple concernant



la non-discrimination des personnes non vaccinées. Va-t-on refuser un pontage coronarien à un fumeur ? La première vague dans le Grand-Est, en Île-de-France et la quatrième vague dans les Antilles ont été terribles. Les unités de réanimation portent malheureusement bien leur nom, ce sont les services à l'hôpital où l'on meurt le plus. En routine, nos prises en charge sont extrêmement lourdes et éprouvantes pour les patients. 30 à 50 % d'entre eux vont connaître des syndromes de stress posttraumatique, une atteinte physique, psychique, cognitive après leur hospitalisation. Sur les 20 % de mortalité en moyenne, 70 à 80 % sont liés à des arrêts ou des limitations thérapeutiques. C'est pour cela qu'une décision d'admission en réanimation doit être évaluée au regard du projet de soins car une prise en charge agressive, dans un contexte où le bénéfice attendu est nul ou négligeable, risque de conduire à des souffrances inutiles et à une obstination déraisonnable.

Au quotidien, nous avons l'habitude de raisonner sur une approche individuelle, durant l'épidémie, cette approche devient plus collective. Elle devient plus « utilitariste » aussi, nous devons sauver le plus de vies possible. Doit-on réanimer des patients dont le pronostic est extrêmement sombre et les chances de survie extrêmement faibles ?

« Au quotidien, nous avons l'habitude de raisonner sur une approche individuelle, durant l'épidémie, cette approche devient plus collective. »

Nous faisons, en temps normal, parfois le pari d'essayer mais en temps de crise, dans des unités totalement saturées, certains de ces patients n'ont probablement pas été accueillis en réanimation.

Nous identifions quatre types de décès en réanimation : les décès évitables, inévitables, les décès « acceptables » et inacceptables. On entend par décès « acceptable », les patients très âgés ou polypathologiques dont l'espérance de vie est réduite à court terme. Notre objectif, évidemment, c'est qu'il n'y ait aucun décès inacceptable et de prioriser les patients dont le décès est évitable sur les inévitables. Dans tous les cas, nous sommes très attentifs à ce que ces patients qui ne seront pas admis en réanimation, soient pris

en charge en termes de gestion de la douleur, de confort, etc.

Nous sommes passés, lors de la première vague, de 5080 lits de réanimation à presque 10000, dont 7000 occupés par les patients atteints de la Covid. Rappelons que ces unités sont généralement déjà occupées à 85 %. Tout l'enjeu était au

départ d'augmenter nos capacités notamment grâce à l'ouverture de réanimations éphémères, et en ayant recours aux évacuations sanitaires vers les régions moins touchées. Les vagues épidémiques suivantes ont été marquées par la difficulté à augmenter nos capacités à cause de l'absentéisme des équipes.

Pour ouvrir des unités éphémères, les établissements de santé ont été obligés de déprogrammer depuis la première jusqu'à cette dernière vague afin de récupérer le personnel nécessaire. Cela nous inquiète énormément.

DR PHILIPPE CUQ, PRÉSIDENT DE LE BLOC

Protéger d'abord les soignants

Veiller à la protection des soignants est selon moi une priorité éthique. L'incompétence des pouvoirs publics et l'absence de matériels de protection individuelle ont causé de nombreux décès dans les rangs des soignants. Un système de santé performant doit protéger ses soignants dans leur intégrité physique mais également psychologique. Reconnaître et valoriser les soignants au quotidien est une garantie pour la



population d'être protégée et soignée dans de bonnes conditions. Nous espérons que cette crise ouvrira les yeux des autorités sanitaires et des pouvoirs publics pour entraîner, valoriser, protéger et former les professionnels de santé. L'approche éthique est impérative dans le processus de déprogrammation et de ses conséquences sanitaires. Elle doit être abordée en temps de « paix », car il est souvent difficile de prendre en compte toutes ces considérations quand

l'urgence et le drame arrivent. Les déprogrammations « administratives » des patients sont l'exemple type où la réflexion et la préparation éthiques ont été le plus souvent absentes. La communauté médicale a une réflexion éthique permanente, elle doit être encore plus performante en cas de crise sanitaire. Les chiffres, les pourcentages de déprogrammations n'ont aucun sens médical, ni éthique ! Le retour d'expérience de cette crise sanitaire doit impérativement se faire sur le plan éthique avec tous les acteurs, et devra permettre d'améliorer notre système de santé.

DR ALEXANDRA FOURCADE, DGOS, CHEFFE DU BUREAU DES USAGERS

Vers une éthique de proximité

L'étude PANTERE (PANdémie, TERRitoires et Éthique) remise fin janvier analyse le rôle des instances éthiques locales en période de crise sanitaire. Très précocement dès mars 2020, le CCNE a identifié le besoin de renforcer l'appui aux professionnels de santé, en particulier hospitaliers, sur le terrain, pour les aider dans la gestion de la crise de manière opérationnelle. La notion d'« éthique de proximité » a émergé. Au niveau régional, 15 espaces de réflexion éthique assurent depuis 2004 diverses mis-



sions, notamment de formation et d'observation des pratiques, et à l'occasion de cette crise, des cellules de soutien éthique ont été créées assez spontanément pour apporter un soutien effectif et ciblé aux professionnels de santé. Au niveau national à la DGOS, nous nous sommes appuyés sur ces cellules de soutien pour faire remonter des questionnements très pratico-pratiques de terrain. L'objectif était à la fois d'assurer une veille sur ces préoccupations et d'en tenir compte dans le cadre des instructions, directives nationales nombreuses en cette période,

et également d'adapter ces mesures au plus près des besoins. La crise a montré la nécessité d'avoir des « capteurs » dans les territoires, des « tuyaux » pour faire remonter rapidement un certain nombre de signalements.

Le premier constat est qu'il est nécessaire d'intégrer l'éthique de proximité dans le cadre d'intervention des espaces éthiques, afin de pérenniser le rôle des cellules de soutien éthique régionales, en période de crise et au-delà. Ce cadre d'échanges proposé aux professionnels de santé leur est nécessaire pour prendre du recul sur leurs pratiques et donner du sens à leur activité au quotidien. Nous serons mieux préparés si nous capitalisons sur les enseignements des deux années passées.

Cette étude PANTERE partenariale associe le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), la Conférence nationale des ERER (CNERER), et les espaces de réflexion éthique régionaux. Elle a été coordonnée par l'espace de réflexion éthique de Normandie et financée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Une « feuille de route pour le développement de l'éthique » sera proposée dans quelques mois, elle précisera les rôles respectifs de chaque partie prenante : CCNE, CNERER et ERER, ministère des Solidarités et de la Santé.

Data Covid

GÉRER

7 000

De 5 080 à presque 10 000 lits de réanimation étaient ouverts pendant l'épidémie, dont 7 000 occupés par les patients atteints de la Covid

Source : Drees

RÉMUNÉRER

85 %

Du chiffre d'affaires de l'année 2019 des médecins libéraux sont garantis en cas de déprogrammation

Source : CNAM

ANTICIPER

10

Recommandations pour mieux gérer la prochaine crise sanitaire (voir le retex médecins)

Source : Cabinet Branchet

Pandémie

Les médecins font leur Retex

Passées les premières vagues de l'épidémie du SARS-CoV-2, des médecins ont ressenti le besoin de tirer des enseignements. À partir des dysfonctionnements observés, ils émettent 10 recommandations.

Le Dr Philippe Cuq s'est tourné vers Philippe Auzimour, directeur général du cabinet Branchet, pour créer un groupe d'experts et d'enquêteurs de terrain dotés d'une vision transversale du système. Ils viennent de publier « 10 recommandations pour mieux affronter les crises sanitaires de demain ». « Alors même que nous sommes toujours en proie à la crise sanitaire, il faut faire des propositions pour adapter et modifier le système afin de faire face aux crises qui suivront, liées à un risque nucléaire, bactériologique, chimique, une intoxication des eaux françaises, etc. », pose le Dr Cuq.

TROIS POINTS NON NÉGOCIABLES

Le premier est la proposition d'une réserve (recommandation n°4). Manquer de matériel (EPI, respirateurs) et de drogues en 2020 est jugé « inacceptable ».

« La non-préparation des pouvoirs publics était choquante. Les moyens n'étaient tout simplement pas là. Créer des réserves sanitaires dans les territoires pour éviter les problèmes de transport nous apparaît essentiel. Cela a un coût bien sûr, mais inférieur à celui du chaos que nous avons vécu. »

« Alors même que nous sommes toujours en proie à la crise sanitaire, il faut faire des propositions pour adapter et modifier le système afin de faire face aux crises qui suivront. »

La deuxième recommandation forte (n°6) est de repenser la déprogrammation qui aggrave la crise sanitaire. Les déprogrammations à hauteur de 50 voire 100 % sont jugées « inadmissibles car les pertes de chance associées sont insupportables ». Les experts pointent des plans uniformes, appliqués pareillement sur tout le pays alors même que des territoires sont peu ou pas impactés par l'épidémie. « Il est impératif de médicaliser l'approche de la déprogrammation, portée par les chirurgiens et les anesthésistes. »

La troisième (recommandation n°8) est celle d'une formation de tous à la gestion de crise. Les experts proposent d'entraîner les équipes à ce risque désormais vécu d'une crise sanitaire, à l'instar des exercices de la sécurité incendie. « Nos propositions ne sont ni de droite ni de gauche, elles sont pragmatiques et portées par des gens de terrain. Ces trois

points prioritaires, très pratiques, répondent tout de suite aux difficultés et apportent une vision du futur. Il faut tirer des leçons de cette crise historique qui va marquer l'humanité », conclut le Dr Cuq.



Déprogrammation

L'équité des acteurs de santé reniée

Les déprogrammations d'activité au cours des premières vagues ont impacté de plein fouet les médecins libéraux, indique le Dr Patrick Gasser, président du syndicat Avenir Spé. « Alors même que les établissements de santé obtenaient des garanties de financement équivalentes à 100 % de leur activité, les médecins libéraux étaient les grands oubliés de l'histoire. De haute lutte, nous avons réussi à obtenir un financement qui couvrirait environ un tiers de nos charges via un calcul complexe, et opaque pour nombre d'entre nous. »

Pire, certains de nos confrères qui ont prêté main forte sur leur territoire en 2020 n'ont pas encore reçu le financement prévu pour ces actes. De plus, les salariés de nos petites entreprises – secrétaires, aides-opérateurs, etc. – n'ont reçu aucune prime Ségur. Le principe d'équité entre les acteurs a été renié.

Aujourd'hui, la situation s'est améliorée via l'avenant 9, adopté dans le cadre de la convention médicale 2016-2021, dans la mesure où les médecins exerçant dans les établissements de soin impactés par une déprogrammation décidée par les ARS, peuvent être accompagnés à hauteur de 85 % de leur chiffre d'affaires de l'année 2019. Néanmoins, il faut impérativement discuter des déprogrammations, qu'elles soient motivées par la crise sanitaire ou par la pénurie du personnel soignant. Les pertes de chance pour les patients ne sont pas une variable d'ajustement. Cette crise sanitaire n'est pas encore derrière nous et d'autres viendront. »



Retrouvez les 10 recommandations sur www.fhpmco.fr dans « Actualité de la profession » : dépêche expert n°652, retex Covid des praticiens libéraux.



DS 40

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. Mars 2022. Directrice de publication : Frédérique Gama, présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : iStock, BVM communication et Franck Dunouau.