

IFAQ
LE NOUVEAU
PARADIGME
DE LA SANTÉ

Gaz d'anesthésie
Ils sont responsables
d'une pollution induite.
Des solutions existent!

Usagers
10 ans de démocratie
sanitaire

Qualité

IFAQ, un modèle qui doit tirer le système vers le haut



éditorial
Ségolène
Benhamou

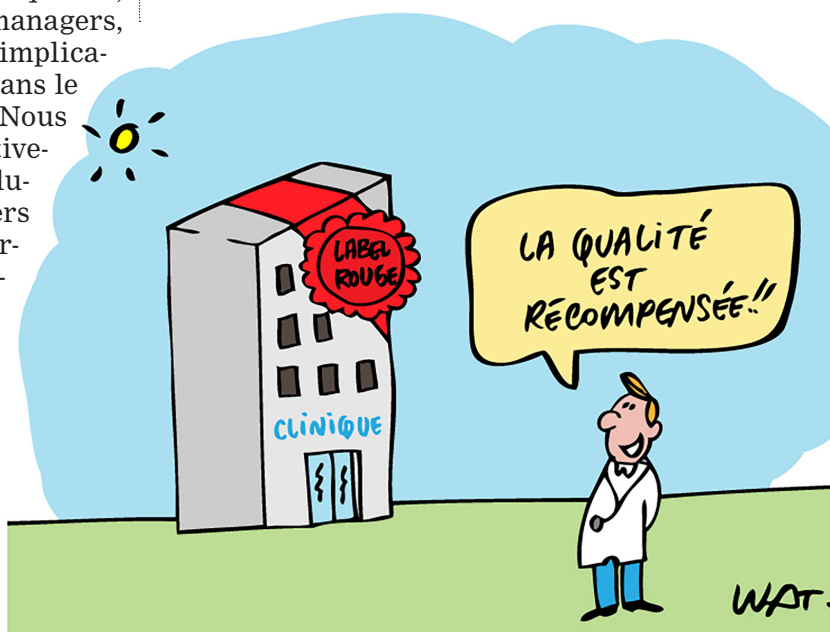
L'Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) fait partie des dossiers que la FHP-MCO porte depuis 2012, alors qu'elle n'était qu'en phase expérimentale. Généralisée depuis 2016, étendue aux activités de dialyse, HAD et SSR, elle est non seulement une reconnaissance tarifaire de la qualité, mais également un des rares dispositifs à être construit dans un temps long, de manière transparente et équitable, quel que soit le statut des établissements de santé.

Dotée de 200 millions en 2019, puis d'une enveloppe de 1 milliard d'euros à horizon 2022, l'IFAQ devient un compartiment à part entière de la rémunération des établissements de santé. Ce défi de la qualité, nous devons le relever ensemble. À nous, managers, de créer l'environnement propice à votre implication ; à vous, praticiens, de vous engager dans le cadre d'une démarche globale. Nous avons l'opportunité de voir collectivement nos efforts récompensés à plusieurs titres, en termes financiers au bénéfice de l'outil de travail partagé, de réputation d'un établissement pour la plus grande satisfaction des équipes qui y travaillent et, avant tout, pour le bénéfice des patients. La nouvelle version IFAQ veut se présenter comme un véritable outil de management.

La nouvelle version IFAQ veut se présenter comme un véritable outil de management.

Pour l'heure, les dispositifs « qualité » opposables aux établissements de santé ne sont pas coordonnés avec ceux mis en place par la convention médicale. *In fine*, nous devons tendre ensemble vers des indicateurs cliniques et leurs financements corrélés. La difficulté de conception et de mise en œuvre d'un tel modèle IFAQ est égale à l'enthousiasme à le construire. De nombreux enseignements seront à tirer d'expériences étrangères où une culture du résultat est depuis longtemps intégrée. Un changement de paradigmes est en cours. Il nous appartient d'être force de propositions pour en élaborer les contours.

Ségolène Benhamou
Présidente de la FHP-MCO



Bilan 2018

248 cliniques et hôpitaux privés exerçant une activité MCO, dont 75 centres de dialyse ont été récompensés dans le dispositif IFAQ, soit au titre du niveau de qualité « atteint », soit au titre de l'« évolution » positive de leur niveau de qualité, soit à ces deux titres.

Haute
autorité de
santé (HAS)

DR LÆTITIA MAY-MICHELANGELI, CHEF
DE SERVICE ÉVALUATION ET OUTILS POUR
LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

LES DISPOSITIFS EXISTANTS TROUVENT AUJOURD'HUI LEUR CONVERGENCE

Depuis des années, la HAS a pour mission d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, mission qui dépasse le cadre de l'IFAQ: toute une partie de notre travail est d'établir les recommandations de bonne pratique pour la qualité des soins, la pertinence des soins, la sécurité des patients. Nous nous adressons directement aux établissements soit lors de la certification, soit à propos d'autres dispositifs, comme l'accréditation. Nous publions également, sur *Scope santé*, l'ensemble des indicateurs, afin de rendre possible un benchmarking entre les établissements. Pour nous, la production d'indicateurs de qualité standardisés est naturellement essentielle, pour mesurer les pratiques des établissements au regard des recommandations. Ils permettent de mettre en lumière les écarts entre pratiques, et donc, de donner aux établissements des possibilités d'amélioration. Les indicateurs sont, pour les établissements de santé, des leviers internes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Mais ils peuvent aussi s'appuyer sur des leviers externes: l'information au public, l'incitation financière à la qualité ou encore les CAQES en région, quand un établissement n'a pas de bons résultats.



« Pour nous, la production d'indicateurs de qualité standardisés est naturellement essentielle. »

standardisés est naturellement essentielle, pour mesurer les pratiques des établissements au regard des recommandations. Ils permettent de mettre en lumière les écarts entre pratiques, et donc, de donner aux établissements des possibilités d'amélioration. Les indicateurs sont, pour les établissements de santé, des leviers internes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Mais ils peuvent aussi s'appuyer sur des leviers externes: l'information au public, l'incitation financière à la qualité ou encore les CAQES en région, quand un établissement n'a pas de bons résultats.

IFAQ et certification

Jusqu'ici, l'IFAQ représentait 50 millions d'euros. Cela permettait un petit plus financier quand un établissement avait enclenché une bonne dynamique. Une petite somme pour améliorer un axe en particulier, mener une action précise, etc. L'IFAQ servait surtout à motiver. Aujourd'hui, avec une IFAQ à 200 millions, c'est plus que cela et c'est surtout beaucoup visible. C'est comme si les indicateurs que nous avons construits patiemment pendant des années arrivaient tout à coup sur le devant de la scène. L'IFAQ est dorénavant incluse dans la même enveloppe que les tarifs hospitaliers. À tarif égal, les établissements doivent chercher des moyens de ne pas se laisser distancer. Les directeurs ont maintenant un intérêt certain à vérifier leurs indicateurs. C'est aussi l'évolution de la certification 2020, qui majore le résultat sur les indicateurs. L'ensemble des dispo-

QUALITÉ

L'IFAQ passe à la vitesse supérieure

Le financement à la qualité est une demande historique de l'hospitalisation privée. Il devient un compartiment à part entière de la rémunération des établissements. Un cercle vertueux qui embarque tous les acteurs de santé, au plus grand bénéfice des patients.

sitions converge vers une amélioration de la qualité des soins: les pratiques vont bouger. Et il y a aussi un grand changement pour les praticiens: nous avons simplifié leur recueil. Avant, le recueil d'information pour les indicateurs était extrêmement fastidieux et constituait une énorme charge de travail pour les professionnels de santé. Il fallait faire un audit de données, chronophage et complexe. Aujourd'hui, la plupart des indicateurs émanent directement du PMSI, ce qui va permettre aux équipes médicales de dégager beaucoup de temps pour l'analyse des résultats. Enfin, nous avons également beaucoup valorisé l'avis des patients. Depuis 2016, les enquêtes e-Satis permettent de mesurer la satisfaction des patients de MCO en séjour pendant plus de 48h, ainsi qu'en chirurgie ambulatoire. La satisfaction des patients est un pilier de l'IFAQ. Accorder du poids aux patients permet de dégager du temps sur le recueil d'information et de le mobiliser plus clairement sur l'analyse du résultat des analyses. Les professionnels de santé auront tout intérêt à parler aux patients pour les motiver à répondre, mais c'est surtout l'administration qui se chargera du recueil de données auprès des patients. La pression supplémentaire sera donc équitablement partagée entre professionnels de santé et équipes administratives, pour obtenir un meilleur financement.

Ministère
de la
Solidarité
et de la Santé

CAROLINE DESBORDES, CHARGÉE
DE MISSION À LA DIRECTION GÉNÉRALE
DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS)

DIDIER GUIDONI, MEMBRE DE LA TASK
FORCE « RÉFORME DU FINANCEMENT »

UN DISPOSITIF LISIBLE

Le financement à la qualité est une préoccupation relativement récente dans le domaine de la santé, car on a pendant longtemps considéré que la qualité allait de soi et qu'il n'y avait pas à la mesurer, et encore moins à inciter à son amélioration. Il a fallu attendre les études anglo-saxonnes, il y a une quinzaine d'années pour réaliser que rien n'était si simple, et qu'un même acte pouvait être traité de manières différentes entre les établissements. Pour que la qualité reste la boussole des établissements de santé, il faut en faire une variable de financement, au même titre que l'activité. Ce qui compte pour le patient c'est la qualité des soins délivrés, pas la santé financière de l'établissement. L'Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) a été généralisée en 2016 au MCO et HAD, après une phase d'expérimentation, et étendue au SSR en 2017. « Ma santé 2022 » plaçant la qualité au cœur de la réforme

du système de santé, il a été décidé d'augmenter considérablement l'enveloppe financière allouée au dispositif IFAQ. Elle a donc été portée à 200 millions d'euros en 2019 (contre 50 millions d'euros en 2018).

L'IFAQ précédent était différent: non seulement moins doté, il fonctionnait avec un système de score global par établissement, à quoi correspondait ensuite une fourchette de rémunération. En gros 30 % des établissements touchaient un financement. L'IFAQ deuxième mouture ne fonctionne pas par score global, mais par indicateur



« Ce qui compte pour le patient c'est la qualité des soins délivrés, pas la santé financière de l'établissement. »

et les établissements sont comparés au sein de groupes d'établissements plus homogènes. Les établissements ne sont pas tous comparés entre eux mais avec des établissements qui leur ressemblent en termes de volume et profil d'activité. La rémunération à l'indicateur permettra de rémunérer plus d'établissements et, surtout, elle est plus lisible pour l'établissement qui pourra visualiser clairement ses points forts et axes d'amélioration. Le nouveau dispositif vise donc la simplification: on rémunère par indicateur et il y a moins d'indicateurs. Nous sommes limités à 10 par champ, pour le MCO, le SSR et la HAD. Le dispositif est donc maintenant extrêmement lisible: c'est un vrai outil de management.

Par ailleurs, on valorise à la fois le niveau atteint, c'est-à-dire les établissements qui sont déjà excellents, et la dynamique d'amélioration, c'est-à-dire les efforts fournis par les établissements d'une année sur l'autre. Le système est très juste de ce point de vue.

Développer des indicateurs solides

Aujourd'hui, on manque d'indicateurs qui parlent vraiment aux professionnels et aux patients. Le prérequis à l'amplification du financement à la qualité, c'est le développement d'indicateurs solides. On y travaille mais c'est très long. Il faut 1 ou 2 ans pour développer, tester auprès des établissements et valider un indicateur. L'IFAQ actuel s'appuie néanmoins sur de premiers indicateurs de résultats, comme l'expérience et la satisfaction du patient que l'on souhaite étendre et promouvoir dans le dispositif de financement à la qualité. Les choses devraient se passer en douceur pour cette première année de mise en œuvre du nouvel IFAQ. On est sur un modèle peu discriminant - 70 % des établissements rémunérés par indicateur - et on part d'un dispositif existant que les établissements se sont déjà appropriés.

DR LUC KERBOULL, PRÉSIDENT
DE LA COMMISSION MÉDICALE
D'ÉTABLISSEMENT (CME),
CLINIQUE ARAGO, PARIS 14^e

C'EST ENFIN LA RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ !

L'équipe de praticiens que je représente a accueilli positivement le financement à la qualité. Pendant longtemps, nous avons participé aux démarches qualité sans en percevoir les réels bénéfices. Aujourd'hui, le fait que nos efforts soient potentiellement source de gains pour l'établissement est une bonne chose. Un système qui n'incite pas ou ne sanctionne pas, laisse ses acteurs au milieu du gué.



« La transparence apportée est une forme de valorisation de notre travail. »

Les médecins de la Clinique Arago, possèdent déjà cette culture et se sont appropriés la démarche de certification : chaque CME fait l'objet d'un rendu sur les indicateurs, l'état d'avancement des EPP, l'étude approfondie des questionnaires de satisfaction. Nous partageons aussi les bonnes pratiques (taux de conformité de nos dossiers, DMS, recours au SSR, au transport, etc.). Nous organisons des staffs bi-mensuels qui nous permettent d'échanger sur des complications et sur la meilleure prise en charge à offrir aux patients. Le taux de retour des questionnaires de satisfaction est de plus de 45 %, c'est bien mais pas suffisant. De même, la lettre de liaison est devenue exigible depuis 2016 et est entrée dans le calcul des IQSS depuis deux ans. Nous avons travaillé en groupe sur un modèle qui automatise le maximum d'informations disponibles dans notre logiciel, puis nous l'avons personnalisé pour chacun. Notre indicateur est aujourd'hui meilleur. Finalement, la transparence apportée est une forme de valorisation de notre travail et permet à chacun de s'améliorer.

Coordination de tous les acteurs

Il y a beaucoup d'humain dans un travail en équipe. Cela demande des efforts, il faut se parler, accepter les contraintes. Afficher ensuite de bons résultats est essentiel pour le ressenti du patient et la réputation de l'établissement. C'est un cercle vertueux. La personnalité de l'équipe dirigeante est enfin primordiale. Elle est chez nous très impliquée et œuvre en empathie avec le corps médical. Nous avons l'impression de travailler dans la même direction. Notre objectif commun est d'évaluer réellement la qualité des soins. Notre clinique fait partie des établissements pilotes expérimentateurs du paiement à l'épisode de soin. Et là, c'est encore plus intéressant de se dire que la rémunération va dépendre d'indicateurs comme le nombre de complications que nous aurons. Nous espérons que cette enveloppe IFAQ ne pénalisera pas les médecins en termes d'honoraires car cela serait contre-productif. Il semble qu'elle permettra d'apporter de nouveaux moyens d'investissement à des établissements de qualité et cela bénéficiera à tous les médecins.

PR OLIVIER GOËAU-BRISSONNIÈRE, PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES (FSM)

NOUS ATTENDONS DES INDICATEURS DE RÉSULTATS CLINIQUES

Je pense que la France évolue plus vite qu'on ne croit. De nombreux médecins étaient contre la re-certification, déclarant être diplômés une fois pour toutes. Ils l'acceptent aujourd'hui et les jeunes médecins la demandent. Les indicateurs cliniques de résultats font peur aux praticiens, aux établissements aussi quels qu'ils soient. Pourtant, il faut un changement de culture et les médecins sont partants pour cela.



« Il faut un changement de culture et les médecins sont partants pour cela. »

Dans un récent rapport commun produit avec l'Institut Montaigne et les représentants de patients, nous donnions la priorité aux indicateurs de qualité à travers les résultats. C'est ce qui nous intéresse et c'est ce que nous attendons. Médecins publics ou libéraux, et c'est la force de la médecine, nous avons la même analyse. Sécuriser le circuit du médicament ou remettre le compte rendu d'hospitalisation dans des délais cohérents est important. Mais une fois que c'est fait, c'est fait. Les institutions s'en contentent parce que l'imagination manque ou l'imagi-

nation est dangereuse. Le confort de la chambre, l'absence d'attente à l'accueil, sont des éléments de la qualité, mais la qualité des soins, ce pour quoi la personne est venue, est fondamentale. Il y a une sous-représentation majeure des indicateurs de qualité des soins dans le travail de la HAS. Aux États-Unis, comme au Royaume-Uni, le mécanisme de financement incite vraiment à l'utilisation d'indicateurs de qualité de résultats.

À l'unisson avec France Assos Santé

Avec France Assos Santé, nous sommes parfaitement à l'unisson sur ce point et une task force pluridisciplinaire doit être créée, associant notre organisation, c'est à dire les conseils nationaux professionnels de spécialistes, des représentants d'associations de patients, et bien sûr la HAS. Nous avons besoin d'une feuille de route commune et de pouvoir ensuite recueillir des indicateurs de résultats auprès des patients par pathologies sélectionnées. Par exemple, sur l'artérite des membres inférieurs, la simple question à poser est : « Est-ce que vous marchez mieux depuis qu'on vous a fait une dilatation ? » Si ce n'est pas le cas, il faut s'interroger sur la pertinence de cet acte. Il faut ensuite pu-

blier ces résultats et les utiliser dans l'amélioration de la qualité et de la performance.

Un médecin qui se forme, participe à des registres, tient compte des recommandations, est déjà dans une démarche de qualité. À terme, les indicateurs de résultats pourront intervenir sur la rémunération à la qualité de l'individu. Vous remarquerez souvent que dès lors que les processus sont mis en place, les médecins suivent.

Les registres de pratiques existent et sont un excellent point de départ. Nous détenons celui des chirurgiens thoraciques qui comprend déjà 180 000 dossiers. Les chirurgiens plasticiens démarrent le leur sur les implants mammaires. Cette plateforme des registres de pratiques des spécialités médicales a demandé 2 ans et demi de travail mais est évoquée comme un des éléments qui sera pris en compte pour les autorisations d'exercice, en cours de réforme. Je rappelle que le décret du 9 janvier liste les missions des Conseils nationaux professionnels et la mise en place des registres de pratiques professionnelles.

Afficher vos résultats cliniques, validés par les patients, permettra de répondre à la demande de la société. C'est un objectif gagnant gagnant.

DR PAUL GARASSUS, PRÉSIDENT DE L'UNION EUROPÉENNE DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (UEHP),
PRÉSIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU BAQIMEHP, EXPERT FHP-MCO AU SEIN DU GROUPE TECHNIQUE IFAQ À LA DGOS

LES ARBITRAGES TECHNIQUES DEVIENNENT AUSSI POLITIQUES

Nous attendons tous une réforme du financement qui inclut des indicateurs qualité et donne du sens à un paiement global. Si ce principe est légitimement considéré comme vertueux, les applications pratiques restent techniquement complexes à mettre en place.

Les discussions au sein du groupe technique IFAQ de la DGOS, où je siége depuis cinq ans en tant qu'expert de la FHP-MCO, porte essentiellement sur les éléments pertinents à inclure dans ce financement. Nous trouvons dans cet espace d'échanges souvent un consensus sur la méthode



« L'indicateur doit être robuste et fiable, c'est une métrologie fine. »

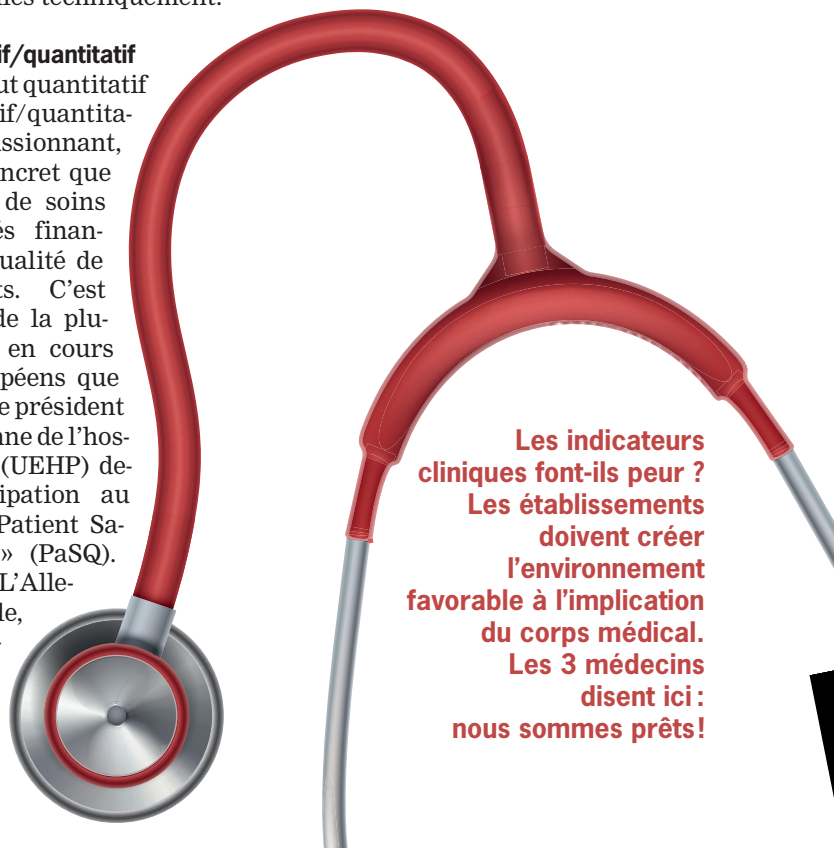
mais clairement les arbitrages appartiennent au ministère. Je note toutefois dans ce groupe une culture commune du dialogue et d'élaboration conjointe. Nous avons beaucoup évolué depuis le choix initial d'indicateurs de processus pour y adjoindre des indicateurs de résultats, voire des éléments concernant les soignants, par exemple la QVT dont l'impact est indiscutable sur la prestation globale. Il faut en effet prendre en compte pour chaque indicateur tout à la fois sa pertinence et sa capacité à être recueilli. L'indicateur doit être robuste et fiable, c'est donc une « métrologie » fine qui est requise. L'objectif est l'association de ces deux approches

pour construire un outil le plus adéquat possible. Ma mission – et motivation de médecin au service du soin – est d'aiguillonner ce groupe technique pour aller encore plus vite et plus loin, à la fois sur la stabilisation d'un modèle reconnu par tous, ainsi que dans sa capacité à permettre un paiement qui récompense effectivement la qualité des soins. Avec le Baqimehp, nous avons 20 années d'expérience partagée dans le domaine de la qualité hospitalière, mais il faut bien dire que ces choix restent difficiles techniquement.

Vers un mix qualitatif/quantitatif

Ce glissement du tout quantitatif à un mix qualitatif/quantitatif est vraiment passionnant, c'est un objectif concret que les établissements de soins soient récompensés financièrement par la qualité de leurs engagements. C'est d'ailleurs le sens de la plupart des réformes en cours dans les pays européens que j'observe en tant que président de l'Union européenne de l'hospitalisation privée (UEHP) depuis notre participation au projet européen « Patient Safety and Quality » (PaSQ). Chacun cherche. L'Allemagne par exemple, a développé 60 indicateurs, un listing selon moi, trop complexe. Ce

cercle d'experts du groupe technique initialement limité aux enjeux méthodologiques, sert maintenant aux décideurs politiques dans le cadre d'une réflexion globale, car dès lors que la part de financement devient très significative, les arbitrages techniques rejoignent les enjeux économiques des politiques de santé. Ma position est donc d'éclairer au mieux notre fédération sur ces questions méthodologiques, afin que la FHP-MCO puisse prendre les décisions nécessaires.



Les indicateurs cliniques font-ils peur ?
Les établissements doivent créer l'environnement favorable à l'implication du corps médical.
Les 3 médecins disent ici : nous sommes prêts !

CLINIQUES ET PRATICIENS, TRAVAILLONS ENSEMBLE

LA SATISFACTION DU PATIENT MESURÉE VIA L'OUTIL E-SATIS

POPULATION CONCERNÉE

26,8 % ^{HOSPIT}
22,8 % ^{AMBU}

Taux de la population en hospitalisation/ambulatoire atteinte (objectif HAS : 25 %)

TAUX DE RÉPONSE

28,8 % ^{HOSPIT}
27,6 % ^{AMBU}

Taux de réponse des patients accueillis en hospitalisation/ambulatoire (objectif HAS : 25 %)

INDICE DE SATISFACTION

74,5/100

Score de satisfaction globale et d'expérience en hospitalisation. 17 % des établissements sont classés en A; 42 % en B; 30 % en C; 11 % en D.

Source : HAS, résultats 2018 des établissements de santé privés MCO.

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. Octobre 2019. Directeur de publication : Ségolène Benhamou présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : © iStock et DR.

INNOVATION



Changement climatique

Gaz d'anesthésie : changez vos pratiques!

Au bloc opératoire, les gaz d'anesthésie sont responsables d'une pollution induite par leur rejet direct dans l'atmosphère. Des solutions existent.

Parmi les agents inhalés classés comme gaz à effet de serre (GES) on trouve le desflurane, le sevoflurane et le protoxyde d'azote. Leur utilisation est responsable d'une pollution induite par leur rejet via les sorties d'évacuation des gaz anesthésiques. Réduire l'impact écologique de l'anesthésie inhalée est possible en agissant sur le choix du type de gaz d'anesthésie, dont l'impact écologique fait partie de la balance bénéfique/risque, et d'autre part en choisissant de travailler avec des bas débits de gaz frais ou en objectif de concentration automatisée.

Les gaz halogénés participent tous à l'augmentation de l'effet de serre mais ils n'ont pas tous le même impact sur la couche d'ozone. Les composés organiques halogénés sont responsables de 10 à 15 % de la totalité des émissions de gaz à effet de serre d'origine humaine. Celui du seul protoxyde d'azote est estimé à 5 %.

L'impact d'un GES sur le climat est estimé par son potentiel de réchauffement global calculé à 100 ans (PRG 100). Cet indicateur s'élève à 130 pour le sevoflurane, 2540 pour le desflurane et 298 pour le protoxyde d'azote. Quand le protoxyde d'azote est administré avec le sevoflu-

rane, il multiplie par 6 le coût carbone de ce dernier. Depuis 1990, les anesthésistes-réanimateurs se posent la question de l'abandon du protoxyde d'azote : un choix fait par des dizaines d'établissements hospitaliers, permis par l'évolution des molécules et des pratiques. Travailler avec un débit de gaz frais

Réduire l'impact écologique de l'anesthésie inhalée est possible en agissant sur le choix du type de gaz.

(DGF) important induit une surconsommation de gaz et une pollution atmosphérique plus importante. Lors du réglage manuel, il est possible de travailler avec des DGF < 1L/min¹, en toute sécurité grâce aux évolutions technologiques et en assurant les besoins métaboliques en oxygène du patient. En période d'entretien de l'anesthésie, il est recommandé de travailler en circuit fermé et ainsi réduire par deux la consommation de sevoflurane et par trois celle du desflurane et ainsi réduire pratiquement de moitié la production de GES.

Enfin, le mode anesthésie inhalée à objectif de concentration (AINOC) permet d'administrer les gaz inhalés de façon rapide, ergonomique, économique et aussi écologique.

1. Une heure d'anesthésie avec du desflurane avec un débit gaz frais de < 1L/min correspond à un trajet en voiture de 300 km. Source : Ryan SM, Nielsen CJ. Global warming potential of inhaled anesthetics : application to clinical use 2010.



ÇA CHAUFFE : 40 % D'ÉCONOMIE D'ÉNERGIE ATTENDUS DÈS 2030

Publiés cet été, les articles L111-10-3 et R131-38 obligent tout bâtiment du secteur tertiaire, d'une surface supérieure ou égale à 1 000 m², à réduire la consommation d'énergie de 40 % en 2030, 50 % en 2040 et 60 % en 2050. Les établissements hospitaliers sont les premiers concernés.

60 000 ACTES : LA TÉLÉCONSULTATION DÉCOLLE

Les consultations à distance par visioconférence s'accroissent avec 3 300 actes facturés par semaine depuis la rentrée. Sur la période 2018/2019, ce sont les médecins libéraux qui ont le plus pratiqué la téléconsultation avec 85 % d'actes facturés.

Représentants des usagers

10 ans de démocratie sanitaire

Le congrès des Représentants des usagers est le rendez-vous incontournable du mois de septembre. Une rencontre sans langue de bois pour faire le point sur l'actualité et co-construire la place de l'utilisateur dans les cliniques.

En 2010, la FHP-MCO lançait le premier congrès des Représentants des usagers (RU). Même si la loi Kouchner relative aux droits des malades avait été promulguée sept ans plus tôt, les RU intervenaient encore peu dans les cliniques et la co-construction était un concept embryonnaire. La FHP-MCO a alors parié sur une démarche de transparence à l'égard des représentants des usagers, pour qu'ils apprennent à connaître l'hospitalisation privée et deviennent une véritable partie prenante de l'amélioration de la qualité au sein des établissements. Dès le départ, ils sont venus nombreux, curieux, avides de dire et de comprendre. De son côté, le syndicat FHP-MCO avait tant de choses à expliquer : le fonctionnement des cliniques, les enjeux du secteur, ses difficultés et ses réussites. Mais aussi tant de choses à apprendre d'eux. Une relation respectueuse et précieuse, nourrie de l'envie de faire ensemble, s'est alors installée, et elle perdure !

Des moments forts

Ces 10 éditions ont été ponctuées de moments forts permettant d'aborder toutes sortes de sujets avec diverses personnalités : des représentants des usagers et des cliniques mais aussi des représentants des ministères et des agences, des praticiens, des professeurs, des élus, des personnalités étrangères... Tous sont venus exposer leur point de vue, partager leur expérience et débattre avec la salle. Tous ont pris le pouls des usagers à travers une salle de 200 personnes. Le 26 septembre dernier, la FHP-MCO célébrait une décennie de démocratie sanitaire vivante et a invité les RU à ouvrir une nouvelle séquence de débats et de construction d'un avenir commun.

◀ Article rédigé en collaboration avec la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR). En savoir plus : *Guide pratique développement durable au bloc opératoire*, édité par la SFAR et le C2DS.