

dialogue santé

FHP-MCO – Syndicat national
des 700 établissements privés
exerçant une activité en Médecine,
Chirurgie, Obstétrique (MCO).

JUILLET 2011, NUMÉRO 1

Robots da Vinci
Le coût de
l'innovation



**Présidents
de CME**
Ou comment
concilier
bonne
gestion
et pratique
de l'art

**La pertinence
des actes**
Faut-il trancher
dans le vif ?



mieux se connaître

POURQUOI NOUS NE SOMMES PAS DES OURS POLAIRES



éditorial
Lamine
Gharbi

« Pour réussir,
nous devons
partager
la même grille
de lecture, et
jouer la même
partition. »

Cette envie nous taraudait depuis longtemps : vous parler ! C'est l'objectif de ce journal *Dialogue santé* qui tous les deux mois vous invitera à mieux nous connaître.

Même si les contraintes grandissantes et incohérentes de notre système réduisent nos marges de manœuvre, nous ne sommes pas, à l'instar des ours polaires, en voie de disparition. Au contraire nous sommes condamnés, vous et nous, à un avenir meilleur. Pour réussir, nous devons partager la même grille de lecture, et jouer la même partition. Mieux se connaître, pour mieux se défendre et garantir à tous nos concitoyens une offre de soin de qualité et de proximité. Le constat est ardu :

31 % des établissements privés de soin en médecine, chirurgie, obstétrique sont déficitaires, seuls 9,4 % des médecins nouvellement inscrits en 2010 au Conseil National de l'Ordre des Médecins ont choisi l'exercice libéral. Mais les Français nous plébiscitent et au fil des années, nous sommes devenus des acteurs incontournables du soin.

Dialogue santé nous donnera l'occasion d'explorer à chaque numéro un dossier que nous partageons — établissements et praticiens — au quotidien. Aujourd'hui, nous avons convié autour de la table des interlocuteurs impliqués dans le chantier de la pertinence des actes. Cette réflexion ancienne, portée par la Fédération Hospitalière de France (FHF) sous les feux médiatiques, vous place en première ligne. Nous portons les valeurs d'efficacité et de transparence de l'hospitalisation privée et souhaitons nous impliquer dans ce travail avec vous, à vos côtés. Alors soyons au diapason et surtout gardons la liberté d'être impertinents !

LAMINE GHARBI
Président du syndicat national FHP-MCO

COMME ÇA,
VOUS M'ENTENDEZ ?



LE REGARD DE WAT

INTÉGRONS L'INNOVATION !

DR OLIVIER JOURDAIN, GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN, À LA CLINIQUE JEAN VILLAR, BORDEAUX

« Si la coloscopie est un acte exemplaire pour une évaluation, ce n'est pas le cas de la césarienne ! Cet acte ne permet pas de dégager des grosses marges économiques, car les coûts de l'accouchement sont incompressibles : même si l'on réduit le nombre de césariennes, les femmes vont de toute façon accoucher. Mais surtout, la césarienne a été choisie pour de mauvaises raisons : la pression médiatique et des expertises de seconde zone, sans rapport avec les réalités de terrain, ont monté en épingle le débat autour des césariennes de convenance, qui a polarisé l'opinion publique. Il s'agit d'un pourcentage infime des cas !



Le collège national des gynécologues obstétriciens a d'ailleurs efficacement recadré le débat. En gynécologie, j'aurais plutôt proposé d'évaluer le dépistage de la trisomie 21 par amniocentèse. En effet, dans certains cas, on peut remplacer cet examen relativement invasif par une succession d'échographies, de prises de sang. Cela permet de diviser par deux le nombre d'amniocentèses de dépistage, en intégrant l'amélioration des connaissances statistiques. Ou alors, le génotypage rhésus fœtal sur sang maternel. Jusqu'ici, quand il y a une incompatibilité entre le groupe sanguin du bébé et celui de la mère, on injecte à la mère, à 6 mois de grossesse, un médicament à base de produit sanguin. Aujourd'hui, nous avons la possibilité, par une simple prise de sang à la mère, de déterminer exactement le groupe sanguin du bébé. Et aujourd'hui, l'assurance maladie ne rembourse pas cet acte. Il faut absolument intégrer l'innovation mieux, et plus vite ! Ce test permet d'économiser le coût des produits sanguins pour toutes les femmes dont l'enfant a un rhésus négatif. Aujourd'hui, ce sont les patientes qui doivent déboursier 150 euros pour le pratiquer. »



LA PERTINENCE DES ACTES ET DES DIAGNOSTICS !

DR PHILIPPE CUQ, CHIRURGIEN, COPRÉSIDENT DU SYNDICAT « LE BLOC », QUI REGROUPE ANESTHÉSISTES, OBSTÉTRICIENS ET CHIRURGIENS LIBÉRAUX.

« Lancer le débat sur la pertinence des actes est essentiel. Mais je remarque qu'une fois encore, c'est la FHF qui l'a impulsé : les actes qui vont être évalués sont des actes essentiellement chirurgicaux, beaucoup pratiqués par des praticiens libéraux. J'y vois un léger biais, car des actes comme l'opération du canal carpien ne relèvent pas de la chirurgie lourde et sont beaucoup plus pratiqués dans les cliniques et hôpitaux privés qu'à l'hôpital public. Il ne faut pas tout mélanger. D'abord, la fréquence d'un acte et sa pertinence sont deux choses différentes. Il y a des actes très pratiqués qui sont peu pertinents. Nous sommes par exemple au-dessus des moyennes européennes en ce qui concerne l'appendicectomie. Et il existe des actes peu pratiqués qui sont absolument pertinents. Du côté des chirurgiens, nous avons parfois un peu l'impression d'arriver en bout de chaîne : quid de la pertinence des diagnostics ? Pourquoi ne se penche-t-on pas aussi sur les actes d'imagerie, de diagnostic biologique, qui sont pratiqués sans réelle nécessité ? C'est aussi une vraie question. Pour moi, le but de cette réflexion, c'est de parvenir à des rééquilibrages : mieux financer des actes pertinents en faisant l'économie des autres. »



LA PERTINENCE (OU L'IMPERTINENCE) DES ACTES...

Aujourd'hui, la pertinence des actes fait une fois encore la une de l'actualité médicale. Un vrai chantier est lancé pour faire mieux coïncider les actes pratiqués, les nécessités comptables et les besoins des patients. Faut-il obéir aux statistiques ? Rentrer dans des moyennes ? N'est-ce pas aussi le moment, pour être, au nom de la qualité du soin, enfin un peu impertinent ?

PÉDAGOGIE AVANT TOUT !

FÉLIX FAUCON, CHEF DE SERVICE, ADJOINT À LA DIRECTRICE GÉNÉRALE À LA DGOS

« Je préfère parler de la pertinence des soins plutôt que des actes, car il s'agit de définir la meilleure prise en charge pour le patient dans l'état de l'art issu des consensus établis par les sociétés savantes, par exemple, sollicitées par la Haute Autorité en Santé lorsqu'elle établit ses recommandations. Ce n'est pas une équation, ce n'est pas une logique mathématique, mais c'est un consensus issu des pratiques. Nous avons ainsi demandé à la HAS d'élaborer de nouvelles recommandations pour une dizaine d'actes particulièrement pratiqués, sur lesquels nous avons noté des écarts importants par rapport à une moyenne nationale. Si on n'épuise pas l'explication de ces écarts par des facteurs démographiques, épidémiologiques, des différences de profil des patientèles etc., alors la question de la pertinence peut se poser. Il s'agit d'abord de pédagogie : le but n'est pas d'incriminer ou d'accuser, mais d'amener les praticiens à s'interroger eux-mêmes sur leurs pratiques, par rapport à leurs pairs. Il ne s'agit pas d'être coercitif : les statistiques sont juste l'occasion de se poser des questions. La preuve : dans leur diagnostic sur les territoires de santé, les ARS devront aussi s'intéresser aux extrêmes bas, qui peuvent



montrer une insuffisance du recours aux soins. Quant aux extrêmes hauts, leur seule objectivation peut conduire leurs auteurs à modifier leurs pratiques, comme l'ont démontré les résultats en matière de bon usage du médicament, par exemple. Mais la pertinence des soins repose aussi sur une diffusion rapide de l'innovation. Alors que la France est un pays extrêmement dynamique en termes d'innovation médicale, celle-ci peine à se diffuser comme en témoigne notre retard en matière de chirurgie ambulatoire. »

ÊTRE FERME SUR LES SEUILS DE QUANTITÉS

DR JEAN-FRANÇOIS THÉBAUT, CARDIOLOGUE LIBÉRAL, PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE CARDIOLOGIE ET MEMBRE DU COLLÈGE DE LA HAS.

« La HAS a ciblé dix actes, suite à une délibération avec un groupe de travail émanant principalement de la FHF, avec un focus particulier sur quatre d'entre eux : le canal carpien, l'appendicectomie, l'amygdalectomie, et la césarienne hors urgence. A la HAS, réfléchir à la pertinence des actes fait partie de notre mission initiale, sur la qualité et la sécurité des soins. Ce qui nous intéresse, plus qu'une logique de quantité qui dépend plutôt de la CNAMTS, c'est la qualité des actes. Il faut établir une méthodologie rigoureuse et scientifique pour permettre d'apprécier la justification d'un acte. Et tout acte doit être aussi évalué au regard du nombre de fois où il est pratiqué, il faut être ferme sur les seuils de quantités. Mais il ne faut pas être manichéen dans la démarche :

effectivement, on a noté que la région PACA posait 6 à 7 fois plus de défibrillateurs que la région Poitou-Charentes. Mais ainsi, PACA est dans la moyenne internationale. Alors, s'agit-il d'un dépassement, ou au contraire d'une excellente couverture ? Un des problèmes que nous rencontrons dans la construction du référentiel est que nous ne sommes pas destinataire direct de l'ensemble des données. Nous avons celles du PMSI, bien sûr, mais celles du Système National d'Informations Inter Régions d'Assurance Maladie (SNIRAM), qui compile les chiffres de l'activité des praticiens appartiennent à la CNAMTS et ne sont pas publiques. Aujourd'hui, nous devons effectuer un travail de refonte qui va au-delà de la simple anecdote. »

FAIRE PARLER LES CHIFFRES

Comment interpréter des chiffres sur les actes pratiqués très différents entre établissements ? Si l'on compare le nombre de cataractes pratiquées dans le Nord-Pas-de-Calais et dans en Poitou-Charentes, on peut s'étonner : le Nord-Pas-de-Calais en pratique beaucoup plus. Cependant, en Poitou-Charentes, il y a des départements entiers sans ophtalmologues. Les statistiques rendent compte aussi des différences d'offre de soin.

LA PERTINENCE DES GESTES

Il y a la pertinence des actes, mais il y a aussi la pertinence des gestes pour le personnel hospitalier. Il ne faut pas laisser non plus de côté la pertinence des séjours, des parcours médicaux et des modes de prise en charge ! C'est essentiel et c'est à ce prix que l'offre de soin sera vraiment efficace. Si l'on peut garantir qu'un patient ne séjourne pas trop longtemps à l'hôpital, c'est autant de gagné pour la pertinence.

MAÎTRISE COMPTABLE, OUI, MAIS PAS AVEUGLE

DR JEAN-LUC BARON, CHIRURGIEN SPÉCIALISTE DE PLASTURGIE RÉPARATRICE À MONTPELLIER ET PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DES PRÉSIDENTS DE CME DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE.

« À peine quelques jours après les Rencontres de la FHP sur la pertinence des actes, le *Journal Officiel* publiait un décret alarmant « relatif aux procédures de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou de mise sous accord préalable des médecins ». Ce décret permet de mettre sous entente préalable un médecin,



de façon individuelle, pour revoir ses prescriptions médicamenteuses sur la base d'une moyenne statistique régionale. C'est grave, car derrière, il y a l'idée que la maîtrise comptable prend le dessus sur l'expertise médicale. Et c'est dommageable pour la médecine libérale, car c'est plus dur de réguler ses prescriptions au niveau individuel qu'au niveau d'un service. Pour moi, c'est une maîtrise comptable aveugle : un médecin innovant est pénalisé, il y a un vrai nivellement par le bas. Dans notre établissement, par exemple, nous avons mené tout un travail autour de l'hypertrophie mammaire. Une réduction mammaire est remboursée à partir de 300 grammes par sein, seuil au dessus duquel l'hypertrophie mammaire a des conséquences sur le dos. Parfois, des patientes se font prendre en charge pour un retrait de 50 ou 100 grammes. Nous n'avons pas de dépassement dans notre établissement. Il faut que chacun balaye devant sa porte. C'est long, les caisses sont vides et l'économie est aveugle. Il faut prendre le temps de travailler avec les sociétés savantes sur un référentiel valide. Aujourd'hui, il faut au moins 5 ans pour introduire une innovation dans les pratiques. C'est une demi-vie, car elle est valide pendant 10 ans en moyenne. »

PAS DE RÉFLEXION EN SOLO !

DR MICHEL MARTY, CNAMTS

« À la CNAMTS, on s'intéresse depuis longtemps à la pertinence des actes et des hospitalisations. Il y a une vingtaine d'années, on pratiquait ce qui s'appelait alors les coupes transversales d'adéquation : on passait un jour donné dans un établissement et on auditionnait tous les patients. Puis, dans les années 2000, nous avons changé de politique et lancé une série de grandes enquêtes sur des actes ciblés, plutôt novateurs, dont les référentiels récents comprenaient encore une marge d'amélioration. Nous avons mené ce travail en chirurgie digestive de l'obésité, par exemple. Lorsque nous notions des grandes différences avec le référentiel, nous le modifions. C'était intéressant, mais ces enquêtes étaient extrêmement lourdes à mettre en œuvre, et les résultats, publiés



seulement deux ans plus tard. La T2A, et la crainte corrélative de voir gonfler certains actes lucratifs, a remis le sujet de la pertinence des actes au cœur de l'actualité. Nous avons eu l'idée de réfléchir à des comparaisons interdépartementales, en commençant bien sûr par la chirurgie, car c'est ce qu'il y a de plus lisible dans le PMSI. Si l'on constate des différences qui ne sont pas épuisées par des facteurs d'offres ou épidémiologiques, on peut demander un échantillonnage de dossiers pour l'étudier. Pour autant, une fois que l'on a attesté d'une singularité dans la pratique d'un acte, on ne sait pas forcément comment y remédier : un accompagnement ? Une mise sous entente préalable ? L'invention d'un nouveau système incitatif ? Ce qui est clair, c'est qu'on ne mènera pas tout seul une réflexion sur la pertinence des actes. »

ANTI JARGON

FHP Fédération de l'Hospitalisation Privée

MCO Médecine, Chirurgie, Obstétrique

FHF Fédération Hospitalière de France

HAS Haute Autorité en Santé

ARS Agence Régionale de Santé

CNAMTS Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

PACA Provence Alpes Côte d'Azur

PMSI Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

T2A Tarification A l'Activité

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

HPST Hôpital, Patient, Santé, Territoire

CME Commission Médicale d'Etablissement

DMS Durée Moyenne de Séjour

GHS Groupe Homogène de Séjour

SNIRAM Système National d'Informations Inter Régions d'Assurance Maladie

OAP Outil d'Analyse PMSI

A DIFFUSER SANS MODÉRATION

47%

Les cliniques MCO prennent en charge presque la moitié des actes lourds (selon la définition OAP).

ET POURTANT

31%

Un tiers des établissements hospitaliers privés en MCO sont déficitaires en 2010 (Institut Montaigne).

POURQUOI ?

26%

Les cliniques et hôpitaux privés sont tarifés par la sécurité sociale 26 % de moins que les établissements publics.

dialogue
santé

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements 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 deux mois. Juillet 2011. Directeur de publication : Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO. Rédaction conception : BVM/AC. Photos : © Fotolia et DR.

INNOVATION



Moins invasive, plus précise, avec des temps d'hospitalisation plus courts, la chirurgie à l'heure des robots Da Vinci ouvre une autre ère de l'opération.

Robots Da Vinci LE COÛT DE L'INNOVATION

Acquérir un robot Da Vinci apporte un bénéfice incontestable aux patients et aux praticiens. Cependant, ces machines ultraperformantes ont un coût...

« Pour moi, ça ne fait pas de doute » déclare Stéphan de Butler, directeur de la clinique Victor Pauchet à Amiens (80), « Un robot Da Vinci est un plus pour les patients ». Entre une opération de chirurgie maxillo-faciale qui requiert, sans robot, de fracturer une mâchoire, avec des semaines d'immobilisation et de nourriture par paille, et une opération en ambulatoire grâce au robot, les bénéfices sont sans équivoque. Même chose pour les prostatectomies : le robot Da Vinci réduit sensiblement les risques d'incontinence et les troubles érectiles. Grâce à ses bras manipulateurs, un robot permet une très grande précision d'intervention : les bras ont 7 degrés de liberté, alors que le poignet humain n'en comprend que 3 et sont insensibles aux petits mouvements (tremblements) du chirurgien. Moins invasive, plus précise, avec des temps d'hospitalisation plus courts, la chirurgie à l'heure des robots Da Vinci ouvre une ère nouvelle de l'opération. Cependant, cette innovation a un coût, supporté exclusivement par la clinique. « Nous n'avons aucune aide publique pour cette acquisition qui améliore sensiblement l'offre de soin. Ici, nous avons fait un calcul coût/bénéfice au moment de la décision d'investissement » explique Valérie Fakhoury, directrice de la clinique Saint-Vincent à Besançon (25), « C'est vraiment un

pari sur le futur, nous misons sur l'amélioration de la santé des patients de notre territoire. » La grosse difficulté des robots, c'est que outre l'investissement initial, ils occasionnent aussi des coûts de fonctionnement élevés. « Les frais de fonctionnement et les consommables sont très coûteux » explique Valérie Fakhoury. « Il y a les pinces, les porte-aiguilles, les trocars, l'habillage stérile des bras, tout le matériel pour garantir les conditions d'aseptie... » Pour Stéphan de Butler, les coûts s'élèvent à 3000 euros de consommables et de maintenance par opération. « Nous vendons une prostate à 2800 euros, elle nous coûte en fait 5800. » A la clinique Saint-Vincent, ces coûts ont été évalués avant l'acquisition du robot « Nous avons réfléchi ensemble, avec les praticiens, aux moyens d'absorber ces surcoûts. Pour moi, cette étape faisait partie intégrante de la décision d'achat. » Pour Stéphan de Butler, il était très important de fournir à ses praticiens la possibilité d'exercer dans les meilleures conditions. « Nous ne voulons pas que nos médecins aillent se former ailleurs ! Ce qui est dommage, c'est que l'innovation ne semble pas être le problème de la Sécu. Notre établissement souffre de son investissement », avant de conclure, « Heureusement que nos chirurgiens et anesthésistes font un effort. » Jusqu'ici, 23 robots Da Vinci sont utilisés dans les établissements privés en France, 18 dans les CHU.

ÉTUDIER LÀ OÙ LA CHIRURGIE SE PRATIQUE !

Depuis la parution du décret autorisant les internes à être accueillis dans des établissements privés, 165 équipes médicales ont déposé un dossier pour être agrémentées en tant que terrain de stage.

COMMISSION DE DÉONTOLOGIE : LA LIBERTÉ DES UNS COMMENCE OÙ S'ARRÊTE CELLE DES AUTRES ?

Pour un praticien du public, changer d'établissement vers un établissement privé est un parcours du combattant. La loi HPST précise que « dans un délai de deux ans suivant leur démission, il peut être interdit aux praticiens hospitaliers ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans le même établissement d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif [...] ». Pour la FHP-MCO, la mobilité doit pouvoir jouer dans les deux sens.

Présidents de CME les bilingues de la santé

« Les médecins ont besoin d'être reconnus comme des partenaires »

DR MARIE-PAULE CHARLOT, Présidente de CME à la clinique Les Cèdres à Cornebarrieu (31)

Avez-vous, en tant que présidente de CME, la sensation de parler deux langues ? Et même trois ! Celle des praticiens, celle de la direction et celle du PMSI. Les médecins ont besoin d'être reconnus comme des partenaires à part entière. Jusqu'ici, la législation ne le permettait pas vraiment. Les CME ne sont pas des syndicats : nous sommes des entreprises libérales et nos objectifs recouvrent quasiment ceux de l'établissement. Cependant, nous sommes dépendants des dépôts de demandes d'autorisations. Si un établissement ne demande pas d'autorisation pour une spécialité, le praticien qui la pratique devra changer de clinique. Il y a eu des précédents ! Il faut absolument associer les médecins aux projets de développement d'un hôpital ou d'une clinique. Le bénéfice des uns est lié au bénéfice des autres, et les projets doivent être communs.

Des exemples de malentendus linguistiques ? Les établissements parlent de DMS, Durée Moyenne de Séjour. Pour les praticiens, cela ne signifie pas grand chose : pour eux, la DMS sur une prothèse de hanche, c'est que le patient sort après quatre jours, parce que c'est le moment où il est déperfusé, il est déperfusé parce qu'il n'a plus mal, il n'a plus mal parce qu'il a eu des séances de kiné, parce que la chirurgie s'est bien passée, la chirurgie s'est bien passée parce que l'aide opératoire était bonne, qu'il est resté assez longtemps en salle de réveil. Tout le monde bénéficie de la coordination des soins, mais on l'exprime différemment.

Et la troisième langue, celle de la codification ? Si je dis GHS, peu de praticiens comprennent ce terme. La langue de la codification des actes n'est pas enseignée en fac de médecine. Pour la solvabilité de la clinique, c'est important de la connaître, utiliser les bons termes entraîne des différences de rémunération importantes ! Par exemple, sur la comorbidité. Il ne suffit pas d'inscrire qu'un patient souffre « d'insuffisance cardiaque », mais « d'insuffisance cardiaque décompensée ». Ce sont les médecins qui se chargent de cette traduction. Mais les connaissances devraient être plus largement partagées ! Il faut que les directions reconnaissent la médecine et que les médecins apprennent la facturation. Et je dirais aussi qu'il faut reconnaître les gens qui s'engagent dans les CME ! C'est du travail bénévole.