

dialogue santé 10

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP-MCO – Syndicat national des 600 établissements privés exerçant une activité en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

JUIN 2013

FHP-MCO, 81, rue de Monceau, Paris 8^e

www.fhpmco.fr



En marche vers des évolutions considérables des pratiques médicales !

La relève ! Les jeunes générations de médecins ouvrent la voie



Quelle cohérence entre changement des pratiques et évolution économique et juridique ?

Relations médecins/établissements

DE CETTE INTELLIGENCE COMMUNE ÉMERGERONT LES NOUVELLES PRATIQUES DU SOIN



éditorial
Lamine
Gharbi

A lors que le premier mariage pour tous était célébré à Montpellier, les 300 participants et invités de la convention FHP-MCO saluaient à quelques kilomètres de là, la maturité des relations qui unissent médecins libéraux et établissements hospitaliers privés. L'efficacité de cet attelage a trouvé toute sa mesure : hier en union libre, aujourd'hui marié pour le meilleur et pour le pire.

Les relations médecins/établissements, un non sujet ? Les échanges francs et nombreux au cours de cette convention démontraient l'inverse. Un premier consensus massif et spontané s'est exprimé pour dénoncer la stigmatisation permanente du corps médical libéral. Les ministres de la justice ou de l'intérieur sont prompts à défendre leurs troupes, notre ministre au mieux nous ignore.

« La profession doit se prendre en main », nous dit-on. Elle le fait ! Elle est forte et inspirée, riche de bon sens. Chaque CME trouve la forme qui lui convient et impose son éclairage sur la stratégie médicale de nos établissements. Nos édifices s'appuient certes sur des fondations juridiques mais se bâtissent d'abord sur des relations humaines solides. Les pratiques mé-

Les pratiques médicales évoluent fortement, à l'initiative bien souvent de notre secteur libéral.

dicales quant à elles, évoluent très fortement et à l'initiative bien souvent de notre secteur libéral, rappelaient nos intervenants. Les modes de soin s'adaptent et s'approprient les avancées de la recherche – le séquençage du génome ; les évolutions des technologies – le robot ; celles du parcours de soin – l'ambulatoire ; ou encore le formidable boom des techniques de l'information qui ouvrent incontestablement une nouvelle

ère. Notre profession n'a pas peur de sortir hors les murs pour aller à la rencontre de la recherche fondamentale, de la R&D, de l'industrie. De cette intelligence commune émergera les nouvelles pratiques du soin. Simultanément à l'amélioration curative des soins, l'approche préventive prend progressivement sa place. Comment accompagner ce profond changement de paradigmes ? Comment impulser une évolution des formations, des financements (notamment la mise en œuvre de l'avenant n°8) et des statuts, en cohérence avec cette évolution des pratiques ? Ce sont nos enjeux communs – médecins et établissements.

Nous sommes heureux, avec vous et les nouvelles générations de médecins, d'inventer le système de santé de demain.

Lamine Gharbi
Président du syndicat national FHP-MCO





« Le secteur privé n'est ni caricaturé, ni diabolisé par les Français »

BRICE TEINTURIER, DIRECTEUR GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ D'IPSOs

Comment estimez-vous la confiance des Français dans leur système de soin ? D'une façon générale, les études montrent que la qualité perçue du système de soin est très élevée, ce qui est tout à fait remarquable dans l'univers de défiance généralisée qui nous entoure. Reste des peurs, mais liées surtout à des évolutions futures : la crainte d'une dégradation de la qualité des soins, la peur d'un grignotage du système, le sentiment que l'accès aux soins devient plus difficile... On se rend compte aussi que les patients sont très attachés à la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé ainsi qu'à la liberté de choix du praticien. Ils peuvent donc méconnaître une partie des missions de service public prises en charge par le secteur privé mais cela n'obère pas la bonne image globale de la médecine libérale. Le secteur privé n'est donc ni caricaturé, ni diabolisé, contrairement à ce que pensent souvent ses acteurs, très sensibles à des critiques possibles de la part des pouvoirs publics ou des médias mais qui ne reflètent pas la perception de l'immense majorité des Français.

Quels leviers actionner pour faire évoluer encore la confiance des Français dans leur système de soin ? Ce qui préoccupe les Français, ce n'est pas l'opposition entre le secteur public et le secteur privé. C'est la désertification, le manque de temps des médecins, le coût des traitements, les dépassements d'honoraires, le reste à charge, le manque de coordination des soins, la difficulté à obtenir un rendez-vous. Les facteurs d'inquiétude sont là. La baisse de pouvoir d'achat des Français et la hausse des tarifs des mutuelles endommagent leur capacité à prendre leur santé en charge et les inquiètent pour l'avenir, tout comme le sentiment d'un accès plus difficile aux soins. C'est vers ces sujets qu'il faut se tourner.

PRATIQUES MÉDICALES : LE POULS DES ACTEURS

La Convention 2013 de la FHP-MCO était l'occasion de prendre le pouls d'acteurs de la santé concernant les évolutions considérables des pratiques médicales en marche. Une partie à plusieurs bandes où avancées technologiques, éducation du patient et formation du médecin se répondent.

SORTIR DU SOIN CURATIF ET ADOPTER UNE STRATÉGIE DE SERVICE

DR PAUL GARASSUS, PRÉSIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU BAQIMEHP

L'histoire de la médecine, c'est l'histoire de ses outils et c'est cette évolution qui va fortement impacter les évolutions organisationnelles, principalement le recours de plus en plus fréquent et adéquat de l'ambulatoire et des techniques non invasives comme la chirurgie courte, l'anesthésiologie etc. Tout cela permettant de converger vers des structures de soin avec des plateaux techniques importants toujours renouvelés, innovants, tout en réduisant la nécessité d'hospitalisation. Donc on est de plus en plus sur un transfert vers l'ambulatoire, entouré d'équipes très formées et très bien organisées. On anticipe, on programme en amont et on assure l'aval. C'est tout ce travail de coordination du soin qui va être l'enjeu des dix prochaines années : anticiper, préparer le soin, optimiser le séjour et garantir la qualité et le confort à la sortie. On essaie autant que possible de s'éloigner de l'urgence et de l'imprévisible. L'auxiliaire de soin prendra toute sa place grâce à l'organisation entre acteurs de santé. Ceci est l'évolution clé de toute l'Europe et ce sont des schémas que nous constatons également dans d'autres pays.

La santé à l'échelle mondiale va s'approprier de nouveaux outils de prévention primaire et de prévention secondaire, mais aussi de médecine prédictive (identification génétique, marqueurs biologiques...). Ce que je dessine là est un panorama un peu idyllique de la situation qui actuellement est confrontée à des contraintes financières. Aujourd'hui nous ne finançons pas la santé mais le soin, c'est très différent. Notre modèle rémunère l'acte pour le praticien ou le passage pour l'établissement selon la T2A. Demain il faudra évoluer vers un « package » qui prendra en charge si possible de façon tarifaire la prévention et la prédiction. Il faut donc décloisonner un système tarifaire qui aujourd'hui

ne permet pas cette évolution. Les statuts des médecins vont être décloisonnés, que ce soit le statut libéral ou le statut salarié. On va réfléchir non pas au paiement mais à la fonction. On va peut-être inventer des modèles qui seront différents et qui permettront au praticien de s'insérer dans cette nouvelle stratégie de soin selon des modalités qui lui seront propres. Il faut donc laisser place à une certaine créativité organisationnelle, à des réseaux, mais il faut que les acteurs de la santé s'approprient la méthode. Je ne pense pas que ce seront seulement des méthodes dictées du haut vers le bas, mais il faut aussi que ce soient des expériences de terrain validées par l'épreuve des faits. On va demander de plus en plus au médecin traitant d'être un médecin prédictif, détectant les facteurs de risque potentiels plutôt qu'un médecin tout curatif. Ce médecin-là, pour conserver sa valeur ajoutée, devra savoir s'entourer d'autres professionnels de santé qu'il faudra former. Progressivement on verra émerger des fonctions d'infirmières thérapeutes par exemple ainsi que de nouveaux agents de santé. Les assureurs internationaux nous montrent déjà la voie.

On fera des économies sous réserve d'identifier en amont du soin les facteurs de risque et la façon de gérer ces nouvelles filières. La ligne forte de l'évolution d'aujourd'hui nous obligera à sortir du soin purement curatif pour adopter une stratégie de services. Aujourd'hui un citoyen a besoin d'un service de santé, non pas d'une succession de thérapeutes. Il faut donc qu'on se donne les moyens de faire évoluer le système préventif, d'accompagner le patient, de le surveiller, de le guider et cette réforme sera certainement la plus efficace pour réduire le recours aux soins et faire ainsi des économies.

LA FRANCE DOIT PRENDRE LE TRAIN EN MARCHE !

SYLVIE CHARLET, DIRECTRICE DES AFFAIRES MÉDICALES, VITALIA

Les changements qu'apportent les nouvelles techniques de robotique sont quand même très axés sur certaines spécialités. Demain la principale modification va arriver avec la génétique, notamment le séquençage du génome. Cela commence à peine mais ce sera bientôt endémique. On ne soignera bientôt plus les gens quand ils seront malades, mais on fera de la prévention. Tout le système de santé va évoluer. On soignera moins les gens par rapport à certaines pathologies, d'ailleurs certaines d'entre elles n'existeront plus. S'ouvrira une autre vision de la santé.

Cette nouvelle approche amènera un changement des financements. Cela changera le rapport aux soins, le rapport aux assurances, la formation des médecins.

Aujourd'hui on n'arrive pas à mesurer l'étendue des bouleversements auxquels nous allons être confrontés très rapidement.

Je constate que la France n'est hélas pas encore prête. Dans l'état actuel des choses, elle est à des années lumières de ce qui va se passer. Il faut que l'on prenne le train qui est déjà en marche. On pourrait comparer cela à l'arrivée du téléphone portable il y a à peine vingt ans et la place que celui-ci a prise. On se dirige vers un changement colossal dont personne ne parle, le sujet n'est pas encore traité dans la presse ni même dans les milieux directement concernés.

Le statut du médecin va lui aussi changer. D'autres métiers vont venir interférer. Les jeunes médecins ont encore une formation traditionnelle. Je ne suis pas certaine qu'ils aient conscience de ces changements et qu'on les y prépare. En ce moment on est confronté à de grandes discussions sur le statut libéral qu'il faut absolument défendre. Actuellement on a déjà la possibilité de salarier des médecins dans certaines situations car la loi HPST nous le permet, notamment dans les cas où on a du mal à faire tourner un hôpital sur une spécialité. Mais je pense que cela doit rester l'exception. Il faut cependant garder la relation avec les médecins libéraux, ce qui fait la spécificité de notre secteur. Si l'on allait vers un salariat des médecins, je crois que l'on perdrait notre performance.



Demain la principale modification va arriver avec la génétique.



La santé à l'échelle mondiale va s'approprier de nouveaux outils.

RENOUER AVEC LA VRAIE VALEUR AJOUTÉE DU MÉDECIN

PR GUY VALLANCIEN, PRÉSIDENT DE
L'ECOLE EUROPÉENNE DE CHIRURGIE

Les nouvelles technologies de l'information vont obliger tous les acteurs de la santé à revoir complètement les modèles d'organisation des structures de soin, des réseaux de soin et de la prise en charge des patients dans tout le pays. Des nouveautés telles que la génomique ou le développement de nouveaux produits



Les machines nous obligent à bouger et à nous remettre en question.

secondaires. Mais l'énorme bombe qui va nous tomber dessus - et j'en suis ravi -, ce sont ces incroyables outils informatiques qui nous permettent à la fois de nous connecter les uns aux autres du centre de recherche jusqu'aux patients, d'obtenir des informations de toute part, d'échanger etc. C'est une véritable révolution qui n'en est qu'à ses balbutiements ! C'est une évolution en plein essor accompagnée d'une prise de conscience progressive. La télé-médecine était honnie à ses débuts, on pensait qu'en perdant le contact physique avec le médecin on perdrait l'aspect humain. Tout cela n'est qu'une idée reçue car la liaison par informatique peut être, au contraire, extrêmement enrichissante. On le sait grâce aux recherches que nous avons effectuées dans ce domaine où l'on voit apparaître un nouveau dialogue entre les patients, les médecins et tous les professionnels de santé. Tout ce monde se rapprochera grâce aux outils partagés et cela libérera du temps d'écoute et d'attention aux malades. Au lieu d'avoir les yeux rivés sur des écrans comme le font aujourd'hui trop souvent les personnels hospitaliers, notamment le personnel d'encadrement, on se tournera davantage vers les malades.

On a encore affaire à des systèmes complètement obsolètes. On est vraiment à l'aube d'une révolution considérable et je salue ces changements. C'est ainsi que nous nous réaliserons. On sait par exemple déjà assurer des dialyses pour des insuffisants rénaux à Saint-Pierre-et-Miquelon depuis Saint-Brieux, à près de 5000 km.

Personnellement ce que je trouve positif, c'est que grâce à ces moyens de communication tous les professionnels de la santé sont obligés de se repositionner dans leur métier pour trouver leur place dans le réseau. Les machines nous obligent à bouger et à nous remettre en question.

Cela impliquera également des changements dans le financement. En

France il faut malheureusement toujours passer par les instances supérieures, les hiérarchies, l'État... Le dossier médical par exemple est une véritable catastrophe ! Il a fallu une dizaine d'années de développement pour traiter en tout 55 000 dossiers sur 65 millions de Français. Les pharmaciens, quant à eux, y sont parvenus avec leur dossier informatique qui est remarquable et qu'ils ont autofinancé. Avec les organismes officiels on ne fait que perdre son temps et son argent. Il faut laisser faire les acteurs de la santé qui connaissent mieux que quiconque les réalités de leur métier.

Le médecin, dont le métier s'affinera, pourra alors se raréfier dans la mesure où beaucoup de personnels intermédiaires pourront prendre le relais. Les malades en sont ravis, on en a déjà fait l'expérience. Dans notre service nous avons par exemple des infirmières praticiennes qui prennent en charge les malades atteints du cancer de la prostate en alternance avec nous. Cela fait gagner un temps considérable aux médecins qui se concentrent sur des tâches plus ardues, qui demandent de prendre de vraies décisions, quelquefois à l'encontre des règles. C'est pour cela que nous prêtons le serment d'Hippocrate, pour justement ne pas toujours être dans les règles. Un malade n'est pas un numéro, mais une personne avec ses propres problèmes et difficultés et dont il faut tenir compte lors du traitement ou du diagnostic. Et cela n'est pas du ressort des ordinateurs ! Avec l'informatique, le rôle du médecin sera à grande valeur ajoutée en qualité, mais ils seront moins nombreux en quantité.

Au lieu de cela, on nous rebat les oreilles des communes en France en manque de généralistes qui vont chercher des médecins en Roumanie ou ailleurs. C'est une erreur fondamentale parce que le médecin en question s'installe alors pour trente ans. On continue à chercher des modèles qui ne remettent aucunement en question la place et le rôle du médecin. Au lieu de cela, il faut plutôt réfléchir au positionnement du médecin, à son vrai rôle dans la société du XXI^e siècle avec des malades de plus en plus informés, capables de prendre des décisions, de s'automédiquer. On n'a pas encore réfléchi à cette nouvelle forme de l'exercice médical. Le temps où le médecin était un homme à tout faire est révolu. Jusqu'alors, aucun politique n'a réfléchi à ces nouveaux paramètres et cela a pour conséquence que beaucoup de professionnels de la santé sont à bout de force comme le personnel des urgences où tout le monde se rue souvent sans raison valable.



LA SANTÉ N'EST PAS UN HYPERMARCHÉ

DR ROGER RUA, PRÉSIDENT DU SML

Pour un syndicat polycatégoriel comme le Syndicat des Médecins libéraux qui représente les généralistes, les spécialistes de clinique et aussi les spécialistes exerçant en établissement privé ou dans le cadre de vacations hospitalières, l'intérêt est d'avoir une vision globale et objective du monde de la santé aujourd'hui. Les problèmes de notre système de santé ne seront pas résolus seulement grâce à des mesures unidirectionnelles s'adressant seulement aux généralistes ou aux spécialistes. Il convient de tenir compte de l'ensemble des acteurs de la santé. On parle beaucoup de médecine de parcours avec en son centre le malade et sa pathologie, le suivi de sa pathologie et les occasions qui lui sont présentées de pouvoir choisir, ce qui est important.



Ce que l'on ne fait pas aujourd'hui soi-même, c'est la collectivité qui devra demain le prendre en charge.

La liberté de choix des Français concernant leur assurance-maladie est une liberté fondamentale qu'il faut préserver. Aujourd'hui on a la chance d'avoir un système qui fonctionne avec les deux, le public et le privé, et notamment pour l'hospitalisation. C'est pour cette raison qu'il convient de garder une hospitalisation privée de haut niveau qui anticipe les problèmes et notamment l'ambulatoire, le transfert de gynécologie, de maternité, mais qui reste dans le système d'assurance-maladie.

Plusieurs choses ont changé, notamment le phénomène du vieillissement de la population. Il faut considérer les besoins en perpétuel changement qui en découlent. Personne ne peut nier l'intérêt majeur des nouvelles techno-

logies et l'apparition de nouvelles possibilités de soin, d'exploration électro-physiologique diagnostique. Ce sont là des phénomènes fondamentaux pour les années à venir.

Hélas, il y a une partie de la population qui a tendance à utiliser le système de santé un peu comme un hypermarché où l'on choisirait ce qu'on voudrait, à sa guise. Il manque aujourd'hui une vraie pédagogie à l'adresse du patient et c'est préjudiciable à l'avenir de notre système de santé. Ce sont là des fondamentaux qui ont changé car les demandes de la population ont changé. Nous, professionnels de la santé, sommes obligés d'anticiper et de nous adapter à la robotisation de la chirurgie, par exemple, car elle a une incidence majeure. Les syndicats aussi devront s'adapter à cette évolution des techniques et des mentalités.

C'est au médecin d'éduquer le patient car les usagers de la santé ont fait irruption dans le système au nom de la démocratie sanitaire. On observe par exemple dans le cadre des maladies chroniques que le patient a besoin d'une information constante et les associations de patients ont des connaissances souvent plus pertinentes ou plus avancées que les médecins eux-mêmes. Les médecins doivent donc participer à l'éducation thérapeutique lors du suivi et ce en accord avec ces organisations de patients. Ce phénomène est très nouveau.

Un autre élément fondamental est la prévention. Elle n'est quasiment pas pratiquée en France car cela ne fait pas partie de notre culture. Or certaines études montrent aujourd'hui que certaines maladies chroniques pourraient être évitées, c'est-à-dire qu'elles n'apparaîtraient plus avec la même proportion. Avec l'évolution actuelle de notre système de financement, on ne peut pas se passer de cet aspect de l'utilisation du système : faire comprendre à la population que la prévention primaire, active, personnelle a un intérêt majeur pour l'évolution de notre système de santé. Ce que l'on ne fait pas aujourd'hui en tant que personne, c'est la collectivité qui devra le prendre en charge plus tard.

VERS UNE APPROCHE PRÉVENTIVE

DR JEAN-LUC BARON, PRÉSIDENT DE LA CNP CME-HP

Quand on parle d'innovation, on pense bien sûr d'abord à la technique avec tout ce que les médias peuvent montrer de robots notamment. Mais la technique n'est qu'un outil et il faut d'abord s'intéresser à l'innovation en termes de modèle, notamment les parcours de soin, et l'organisation collective des médecins qui sont à mon sens à l'aube de nouveaux changements. La pertinence des soins, l'utilisation des chirurgies ambulatoires par exemple sont déjà des voies empruntées. Les évolutions technologiques, quant à elles, se feront de toute façon. Bien sûr outils et prise en charge sont indissociables, mais le travail essentiel réside dans l'organisation et l'innovation autour du parcours patient. La prise en charge est la valeur fondamentale de l'innovation en matière de santé.

Quand la technique permet de réaliser une carte génétique de chaque individu, il est évident qu'il va falloir s'orienter vers du préventif. Il est vrai que ce n'est pas notre culture, car en effet le modèle français a été construit de façon compartimentée, les CME et les établissements se sont intéressés uniquement aux soins... on voit bien là l'enjeu de dépasser ces barrières. Il y a des instances qui sont là pour ça, comme les URPS médecins, kinés, infirmières. Tout ce monde travaillera demain pour le soin curatif mais également pour la prévention.

Autant on sait financer l'acte car nous sommes avec le curatif dans un domaine connu, autant la prévention est la boîte de Pandore. Il est difficile de dire actuellement comment peut être évaluée une prévention. Il y a certes les coûts directs et tout ce qu'il faut mettre en place dans le cadre d'une prévention, mais avant tout, il faut s'interroger sur ce que nous en attendons? Quels bénéfices en tirerons-nous? Comment pourrions-nous en mesurer l'impact? On sera obligé d'engager des financements pour mettre en place cette prévention. Or l'impact économique ne se mesurera que plus tard et nous réservera sans doute des surprises. Il est possible que nous fassions même des économies! Je n'oublie pas que dans les périodes de crise, il faut un retour sur investissement rapide, dans ce contexte la prévention n'est peut-être pas le modèle le plus efficace pour renflouer les caisses car, si elle veut être pérenne, elle représente d'abord un investissement.

Les statuts ne vont certainement pas beaucoup évoluer parce que les professionnels y sont attachés, et donc cette cohérence entre statuts et réalité des patients ne se réglera pas si rapidement. On est dans un système qui oppose médecin salarié et médecin libéral. Il y a un moyen de rapprocher ces statuts, mais pour cela il faut que les professionnels s'entendent. Notre modèle est profondément ancré dans les esprits, les pratiques et il faudra faire bouger les élites. Pour avancer, c'est le parcours patient et ses modes de prise en charge plus centrés sur les patients que sur les professionnels qui seront le moyen de faire évoluer plus facilement les choses.

MOINS DE LITS, PLUS D'AMBULATOIRE

DR JEAN-LOUIS DESPHIEUX, PDG DU GROUPE COURLANCY

Le développement de l'ambulatoire est dans doute l'un des aspects majeurs de l'évolution des pratiques. Les phénomènes de déshospitalisation et les possibilités que l'on peut avoir de retour rapide à domicile vont diminuer de manière importante le nombre de lits nécessaires dans les établissements de santé. En outre on va voir émerger sur le plan chirurgical des technologies de plus en plus affinées pour réduire l'importance des actes chirurgicaux invasifs grâce aux technologies de robotique, de cœlioscopie, de cœliochirurgie, de microchirurgie. On va vers une évolution des technologies de moins en moins invasives.



Les établissements médicaux sont confrontés à la stagnation des tarifs depuis plus de cinq ans.

La prévention reste compliquée à mettre en œuvre à cause de la mentalité des gens, que ce soient les patients ou les professionnels de la santé, mais ce serait idéal notamment sur les maladies dues aux habitudes alimentaires, à la consommation de tabac, aux prises abusives de médicaments.

Le problème majeur auquel sont confrontés les établissements médicaux est la stagnation des tarifs depuis plus de cinq ans. Nous nous voyons contraints de gérer nos organisations de manière à pallier ce manque de ressources. En revanche, si les tarifs n'augmentent plus, les charges, quant à elles, sont en constante augmentation. Cependant, nous devons régulièrement augmenter les salaires des personnels. Il faudrait idéalement réussir à concilier les deux, notamment dans les établissements privés qui sont lourdement pénalisés.

Le salariat commence doucement dans les établissements privés où il intéresse quelques spécialités comme la médecine mais cela reste encore difficile. A Reims, nous essayons de maintenir notre modèle où l'établissement appartient aux médecins qui disposent d'un vrai pouvoir décisionnaire même si bien sûr on délègue certaines tâches administratives à des professionnels reconnus. Les médecins suivent l'évolution de la société... On constate que bon nombre de jeunes médecins n'ont pas les mêmes envies de travail que nous il y a 30 ou 40 ans. Ils attachent peut-être plus d'importance à leurs congés, à leur vie privée que nous qui étions corvéables à merci. Il y a bien sûr également des jeunes qui sont extrêmement courageux et qui travaillent beaucoup aussi. Mais cette tendance n'est pas spécifique à la médecine.

Les médecins suivent l'évolution de la société... On constate que bon nombre de jeunes médecins n'ont pas les mêmes envies de travail que nous il y a 30 ou 40 ans. Ils attachent peut-être plus d'importance à leurs congés, à leur vie privée que nous qui étions corvéables à merci. Il y a bien sûr également des jeunes qui sont extrêmement courageux et qui travaillent beaucoup aussi. Mais cette tendance n'est pas spécifique à la médecine.

Les médecins suivent l'évolution de la société... On constate que bon nombre de jeunes médecins n'ont pas les mêmes envies de travail que nous il y a 30 ou 40 ans. Ils attachent peut-être plus d'importance à leurs congés, à leur vie privée que nous qui étions corvéables à merci. Il y a bien sûr également des jeunes qui sont extrêmement courageux et qui travaillent beaucoup aussi. Mais cette tendance n'est pas spécifique à la médecine.

PRENONS MODÈLE SUR L'INDUSTRIE AUTOMOBILE

FRANÇOIS DEMESMAY, DIRECTEUR GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ CAPIO FRANCE

Un des enjeux de notre secteur est de développer l'efficacité des soins. Il faut dépasser d'une culture où la seule préoccupation était de soigner, c'est-à-dire l'efficacité médicale, mais lorsque l'on doit fournir la même qualité avec une enveloppe budgétaire contrainte, ça s'appelle l'efficacité, à savoir le rapport entre les soins produits et les ressources consommées. L'industrie automobile est un secteur qui applique l'efficacité depuis longtemps et qui l'a mise au point en développant des processus de production. L'idée est de s'inspirer de ces techniques de production et de les appliquer au monde de la santé. Il faut retrouver des forces en imitant d'autres secteurs qui ont subi bien avant nous des crises, notamment les chocs pétroliers. Très concrètement, ce processus consiste à passer à la paille de fer les différentes étapes de la prise en charge et à questionner chacune de ces étapes pour savoir quel est le service médical rendu. Lorsqu'on effectue ce travail systématique, on s'aperçoit de façon



Lorsque l'on doit fournir la même qualité avec une enveloppe budgétaire contrainte, ça s'appelle l'efficacité.

significative que 50 à 60% de ces étapes sont soit inutiles soit délétères pour le patient. Le système de santé suédois a appliqué ces méthodes lorsqu'il a été confronté à ce problème au début des années 90. L'idée est d'implanter maintenant cette approche industrielle en France comme le fait déjà le groupe Capio avec des applications assez simples dans la prothèse totale du genou. Cela a permis de réduire très significativement la durée de prise en charge de 8 jours à une opération en ambulatoire dans certains cas. On l'a fait aussi pour la prothèse de hanche en appliquant les mêmes méthodologies de formalisation, d'analyse de chacune des étapes pour opérer en ambulatoire et même de pratiquer des hémicolectomies. Mais au-delà de la performance en ambulatoire, ce qu'il faut retenir, c'est la capacité à repenser l'organisation des métiers de la médecine, à sortir de nos dogmes, de nos organisations habituelles pour adopter de nouveaux paradigmes. Ce qui nous apparaissait autrefois comme une grande menace, c'est-à-dire cette pression sur les prix et cette obligation de la qualité, nous apparaît aujourd'hui conciliable et même porteur d'opportunités parce que ces nouveaux processus nous permettent de reconstituer des bénéfices pour nos établissements dans un environnement économique contraint et parallèlement d'accroître la qualité des soins.

Très concrètement, ce processus consiste à passer à la paille de fer les différentes étapes de la prise en charge et à questionner chacune de ces étapes pour savoir quel est le service médical rendu. Lorsqu'on effectue ce travail systématique, on s'aperçoit de façon

ANTI JARGON

ACS Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
AME Aide médicale de l'État
ARS Agence régionale de santé
Baqimehp Bureau de l'assurance qualité & de l'information médico-économique de l'hospitalisation privée

CME Commission médicale d'établissement
CMU Couverture maladie universelle
CMUC Couverture maladie universelle complémentaire
CNP CME HP Conférence nationale des présidents

de commission médicale d'établissement d'hospitalisation privée
HPST Loi hôpital, patients, santé et territoires
ONDAM objectif national des dépenses d'assurance maladie

SML Syndicat des médecins libéraux
T2A tarification à l'activité
UNOCAM Union nationale des organismes d'assurance maladie
URPS Union régionale des professionnels de santé

ÉPARGNE PERFORMANTE
RIME AVEC RÉCOMPENSES

Cette année, nos produits d'Épargne retraite, reconnus par la presse financière, sont toujours parmi les meilleurs du marché.

- La gestion efficiente et avisée d'un acteur mutualiste
- L'un des meilleurs taux du marché sur le fonds en euros RES de nos contrats d'assurance vie : 3,50%⁽¹⁾ net pour 2012

Prenez contact avec un conseiller [au 3233^{\(2\)}](tel:3233) ou sur macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE PROTECTION JURIDIQUE - EPARGNE RETRAITE PREVOYANCE - SANTE - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

(1) Taux net de frais de gestion de 0,5% et hors prélèvements sociaux, pour un encours de provisions mathématiques au 31/12/2012 de 16,77 milliards d'euros qui représente 95% du total des provisions mathématiques en euros gérées par MACSF épargne retraite. RES Multisupport et RES sont des contrats d'assurance vie de groupe à adhésion facultative souscrits par l'AMAP auprès de MACSF épargne retraite. (2) Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. MACSF épargne retraite, Société Anonyme d'assurance sur la vie régie par le Code des assurances, au capital social de 58 737 408 €, entièrement libéré, enregistrée au RCS de Nanterre sous le numéro 403 071 095 - Siège social se situe : cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX. Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 60300, 92919 LA DEFENSE CEDEX/ France. PUBLICITE



JEUNES MÉDECINS VERS LA FIN DE L'ISOLEMENT ET DE LA STAGNATION!

DR JULIEN CABATON, PRÉSIDENT DE L'ISNCC (INTER SYNDICAT NATIONAL DES CHEFS DE CLINIQUE ASSISTANTS DES HÔPITAUX DE VILLE DE FACULTÉ)

Qui représente votre syndicat ?

Nous représentons les chefs de clinique assistants qui sont le premier niveau présent dans les CHU. C'est-à-dire près de 7000 jeunes médecins spécialistes et ce chiffre évolue encore puisque les généralistes passent aujourd'hui par le même internat que les spécialistes. Ainsi, dans quelques années, quand ces étudiants auront terminé leur cursus universitaire, ils seront assistants en médecine générale. Nous représentons en effet des médecins hospitaliers qui resteront à l'hôpital pour certains ou s'installeront en libéral pour d'autres. Nous sommes une véritable porte d'entrée vers un éventuel exercice libéral.

Les internes effectuent des remplacements soit d'assistant de chef de clinique soit de médecin libéral. Certains ne s'intéressent pas du tout à l'exercice libéral et resteront dans le secteur hospitalier, voire universitaire. C'est la période pendant laquelle ils préparent

généralement leur thèse, une période charnière qui leur permettra de décider de leur futur exercice.

A quelle difficulté est-on confronté en tant que jeune médecin ?

En étant jeune médecin à l'hôpital, la difficulté principale à laquelle nous sommes violemment confrontés lors de nos premières expériences, c'est l'extraordinaire lourdeur et lenteur administrative. Ceci est une entrave à la moindre volonté de changement. Mon expérience du monde libéral se limite à quelques remplacements occasionnels, mais les établissements privés m'ont semblé bien plus réactifs aux impulsions des jeunes médecins. A mon sens, l'obstacle administratif, l'importance donnée aux directeurs d'hôpitaux et l'absence de pouvoir décisionnel des médecins dans les centres hospitaliers, sont des réalités qui découragent les jeunes médecins à l'idée de travailler à l'hôpital. On a l'impression que même si l'on est créatif, que l'on a des idées de projets, cet appareil énorme est tellement statique qu'il nous rend impuissant.

En fait, il y a deux types d'attitude : celle des résignés qui suivent la meute en se disant qu'ils ne pourront de facto amorcer aucun changement, qui partent quelquefois, découragés, et il

“

L'autre préoccupation du jeune médecin aujourd'hui est de privilégier la concertation avec ses confrères.



y a celle des jeunes médecins qui essaient de s'investir, de participer aux commissions hospitalières, aux CME, aux syndicats etc.

L'autre préoccupation du jeune médecin aujourd'hui est de privilégier la concertation avec ses confrères. La médecine n'est pas une science exacte et avoir un avis différent peut éclairer un cas litigieux. L'idée du jeune médecin libéral est d'avoir un confrère à proximité à qui poser des questions, avec qui discuter des cas litigieux. C'est à mon sens la raison principale qui retient les jeunes médecins d'aller s'installer dans les zones rurales.

L'image du médecin qui travaille seul dans son coin sans jamais remettre en cause ses pratiques et sans jamais demander avis en cas de complications est aujourd'hui complètement obsolète. Nous avons très tôt l'habitude de travailler en équipe et pour répondre à l'évolution des nouvelles technologies, nous suivons régulièrement des formations qui nous permettent de rester en phase avec les avancées médicales. Les médecins de l'ancienne génération sont à nos yeux souvent en retard par rapport à ces évolutions. Il y a encore une nette différence entre le discours qui encourage à faire du libéral et les actes qui révèlent une réelle volonté de protéger ses intérêts personnels tels

que la retraite ou la revente de sa clientèle à bon prix.

Ce n'est bien sûr pas une généralité, mais c'est souvent ce que nous rencontrons.

L'exercice médical va fortement changer pour les raisons énoncées. Ainsi des solutions alternatives peuvent être apportées. On remarque qu'un jeune médecin s'installe à son compte en général à plus de 35 ans alors qu'autrefois on ouvrait son cabinet dès la sortie de l'assistantat. Les jeunes osent moins se fixer, passent plus de temps à l'hôpital par méconnaissance ou par peur du monde libéral. On pourrait proposer de créer des postes de médecins hospitaliers à mi-temps associés à une activité libérale. Nous en faisons par exemple la demande dans certaines spécialités où il est difficile de recruter. Cela pourrait contribuer à combler les pénuries de médecins dans certains domaines comme la radiologie ou l'anesthésie dans certains CHG ou CHU.

Quelle est la part de l'approche préventive dans votre pratique médicale ?

Longtemps ignorée et ce jusqu'au siècle dernier, on nous sensibilise aujourd'hui dans les facultés de médecine au fait que trop prescrire de médicaments est dangereux. On nous forme à remettre en cause chaque ordonnance mais on se heurte aux habitudes du patient qui parfois réclame des médicaments. Ce n'est pas encore dans l'esprit des Français qu'une bonne prévention vaut parfois mieux qu'une ordonnance. Il faudrait d'ailleurs commencer par se poser des questions sur les premières prescriptions au lieu de laisser s'accumuler des choses qui peuvent mener à des situations dramatiques. En tant qu'anesthésiste-réanimateur, je suis parfois confronté à des patients dont le motif principal de réanimation est une iatrogénie médicamenteuse due à une prescription mal appréhendée.

Pensez-vous que les jeunes générations de médecins sont mieux préparées à l'utilisation des nouvelles technologies médicales ?

Des études ont montré que les jeunes chirurgiens qui ont joué aux consoles de jeux dans leur enfance, apprennent beaucoup plus vite les techniques de coelioscopie notamment. Cette facilité des jeunes médecins à se mettre aux nouvelles technologies les rend plus sensibles à la moindre nouveauté. Mais il est important pour sa carrière de se former même si l'on n'a pas été versé aux consoles de jeux ! Bon nombre de chirurgiens ont découvert la coelioscopie au cours de leur carrière, en maîtrisant parfaitement les techniques et ont même formé des internes à leur tour.

Je ne pense pas que l'on soit enfermé, selon sa génération, dans un certain état d'esprit technologique.

LA RELÈVE !

Les jeunes générations de médecins soulèvent les vrais problèmes. Et si les seniors les écoutaient et les accompagnaient ?

LES ANCIENS DOIVENT POUSSER LES JEUNES À ENTREPRENDRE

DR JEAN-LUC BARON, PRÉSIDENT DE LA CNP CME-HP

Une étude récente conduite dans le Languedoc-Roussillon sur la faisabilité d'entreprises médicales et chirurgicales a révélé qu'en France seul 1% des jeunes sont entrepreneurs, tout secteur confondu. Or ce 1% a tendance à partir à l'étranger. Les jeunes ont besoin d'un cocon, sont-ils prêts à prendre des risques ? Autrefois le médecin vissait sa plaque sans se poser de questions, mais le paysage économique était alors différent. Il manque aux jeunes générations une dimension entrepreneuriale collective et c'est sans doute à nous, médecins plus expérimentés, de les aider.



C'est ce travail de coordination du soin qui va être l'enjeu des dix prochaines années.

UN TRAVAIL COLLABORATIF INTER-GÉNÉRATIONNEL

DR PAUL GARASSUS, PRÉSIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU BAQIHMEP

Les jeunes générations de médecins sont géniaux parce qu'ils posent les vrais problèmes. Moi, je suis le médecin français moyen, de 55 ans, à qui il reste dix à douze ans d'exercice et je représente déjà l'histoire passée. J'impulse le plus possible dans toutes les formations autour de l'économie de santé, la notion selon laquelle le corps médical doit s'adapter aux changements sociétaux pour les inclure dans sa propre évolution. Pour cela nos jeunes confrères sont plus à l'aise, notamment dans l'utilisation des nouveaux outils comme la e-santé, mais aussi les nouveaux processus collaboratifs. Le mode d'exercice qui attend la nouvelle génération sera totalement différent de ce que l'histoire du médecin, libéral notamment, a été jusqu'alors. C'est un travail collaboratif, souvent délocalisé dans lequel on leur laissera, je l'espère, toutes les libertés pour qu'ils développent un nouveau schéma organisationnel, moderne et efficace. Et c'est notre devoir de les aider à franchir cette nouvelle étape. C'est cette nouvelle génération qui a raison et non la nôtre !

Les jeunes générations de médecins sont géniaux parce qu'ils posent les vrais problèmes.

UNE HISTOIRE DE COMPAGNONNAGE

PR GUY VALLANCIEN, PRÉSIDENT DE L'ECOLE EUROPÉENNE DE CHIRURGIE

Il faut s'atteler à l'éducation des professionnels et des patients. Je pense que les médecins ont de beaux jours devant eux à condition qu'ils acceptent de se réorganiser en intégrant cette modernité, ce que les jeunes font naturellement parce que c'est le monde dans lequel ils évoluent depuis toujours. Ce métier est promis à un bel avenir, je ne suis aucunement défaitiste. La génération qui assure la relève est merveilleuse, mais différente, avec de nouveaux outils et certainement de nouvelles aspirations. Ce sont des bouleversements énormes pour les professionnels de la santé mais ils vont être obligés de les intégrer car la génération Nintendo arrive sur le marché du travail.

La génération qui assure la relève est merveilleuse, mais différente, avec de nouveaux outils et certainement de nouvelles aspirations. Ce sont des bouleversements énormes pour les professionnels de la santé mais ils vont être obligés de les intégrer car la génération Nintendo arrive sur le marché du travail avec une grande facilité et une extraordinaire souplesse d'esprit pour l'intégration de nouvelles technologies. Ils sont nés dedans alors que nous ne connaissions que le papier et le crayon. Je suis un dinosaure, mais j'ai dû m'y mettre ! Même les personnes âgées se mettent beaucoup plus vite qu'on ne le pense aux technologies liées à l'informatique et ce sont souvent leurs petits-enfants qui leur apprennent !

Les jeunes médecins sont pleins d'enthousiasme ! Ils travaillent très différemment de nous, probablement moins, parce qu'ils veulent davantage s'épanouir dans leur vie personnelle. Ce sont 70% de femmes qui sortent des facultés de médecine et elles savent très bien s'organiser entre elles, certainement mieux que les hommes. Les jeunes médecins vont travailler collectivement parce qu'ils maîtrisent toutes les technologies modernes.

Ils ont besoin de la concertation avec les anciens. Les métiers de la santé et particulièrement celui de chirurgien sont des métiers d'expérience, une histoire de compagnonnage. Vous apprenez sur le terrain, vous transmettez vos connaissances à celui qui est à côté de vous. On gardera des éléments traditionnels tout en y injectant une grande modernité pour le bien-être des patients.

RELIER VILLE ET HÔPITAL

DR ROGER RUA, PRÉSIDENT DU SME

Le financement de la santé est clairement dépendant des instances politiques et des institutions. On parle beaucoup de déserts, mais ce sont les élus qui en sont responsables. Ces derniers s'en émeuvent aujourd'hui, mais c'est bien eux qui

Sans véritables mesures structurelles, ce système menace de s'effondrer.

ont laissé disparaître de leur commune bureaux de poste, écoles etc. Et aujourd'hui ils voudraient la présence d'un médecin pour rattraper tout ça. On a laissé filer des déficits avec des plans successifs qui n'étaient autres que des rustines. Aujourd'hui le déficit est insupportable et le problème ne se résoudra pas avec des mesures conjoncturelles. Tout ce système menace de s'effondrer sans véritables mesures structurelles. Le financement repose actuellement uniquement sur les cotisations sociales, c'est-à-dire sur les entreprises de soin, qui elles-mêmes sont soumises à des charges en perpétuelle augmentation. Comment revenir vers des bénéfices dans une situation si paradoxale ?

Il est indispensable de se diriger vers une nouvelle forme de statut parce que c'est indispensable. La disposition en tuyaux d'orgue de la médecine salariée et de la médecine libérale ou privée telle que nous la connaissons actuellement est plus génératrice de problèmes que de solutions. Il est important de relier à nouveau ville et hôpital ou hôpital et ville, tout dépend de quel côté on se place. D'ailleurs la Ministre en parle beaucoup, mais elle a en arrière-pensée un hospitalo-centrisme public très abouti. Or ce n'est pas de ça dont nous avons besoin. Il nous faut certes les deux parties de notre système de soin, libéral et public, mais il faut également un vrai dialogue entre les deux.

Il y a de multiples expérimentations aujourd'hui sur les sorties de maternité notamment, mais ce n'est que de la poudre aux yeux. On ne veut pas réfléchir aux problèmes entre les deux systèmes : quelle place accorder à l'hôpital public, à la recherche, au recours à l'hôpital pour des problèmes sociaux, médico-sociaux et à l'excellence de l'exercice libéral ? Il faut mettre du liant entre toutes ces parties de l'assurance maladie. Ce n'est pas en scindant les deux systèmes que nous y parviendrons. Ce n'est pas si difficile, mais c'est une question de volonté politique. Cela repose sur une véritable association, chacun devant pouvoir trouver sa place utilement car les actions menées jusqu'à présent sont improductives et aux dépens des assurés eux-mêmes. Comme la convergence tarifaire qui était porteuse de solutions, mais que l'on veut abroger à présent.

Cependant, notre système n'est pas si mauvais, j'ai pu le constater en observant d'autres pays européens, mais il faut absolument le faire évoluer. Il est encore basé sur le pacte de 1945, il a vraiment besoin d'être dépoussiéré.

L'AVENANT 8 STOP AU DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

DR MARTINE Aoustin, Directrice Générale ARS Languedoc-Roussillon

Le dépassement d'honoraires représente un vrai problème et se heurte à une complète incompréhension de la part des patients. C'est pour cela qu'il est très important d'exprimer ce mécontentement auprès des chirurgiens et des médecins qui exercent en niveau 2. Il faut leur dire que nos concitoyens ne comprennent pas ce dépassement d'honoraires et imaginent que les médecins demandent des honoraires excessifs à des fins d'enrichissement personnel. Il n'y a hélas aucune espèce de réponse à cela et invoquer la qualité est inimaginable et intolérable car cela sous-entend que l'ensemble des autres professionnels du secteur 1 fournissent un travail de qualité moindre. Que l'on justifie un coût supplémentaire pour des raisons d'innovation ou de prestations complémentaires, est bien sûr compréhensible mais que l'on invoque la qualité est inacceptable. Je crois que l'intérêt de l'avenant 8 montre que la profession a accepté, en signant, de régler ce sujet dans un cadre conventionnel avec l'assurance-maladie, de s'autoréguler en quelque sorte. Le dépassement d'honoraires demeure certes très modeste pour la plupart des médecins, mais vraiment excessif pour une minorité. Bien sûr ce ne sont que quelques-uns, mais cela retentit négativement sur l'ensemble de la profession. Cet avenant 8 implique des sanctions décidées par les pairs et un droit de regard professionnel. Ceci n'est pas une stigmatisation de certains médecins libéraux, mais bien un contrôle des exagérations dans une volonté d'éthique irréprochable. Les médecins invoquent le fait que ce dépassement est justifié au regard d'une stagnation des honoraires après quelques années. Mais ce n'est bien entendu pas à moi de me prononcer sur ce sujet. Je ne suis ni représentante de l'assurance maladie ni des médecins et je ne peux donc en aucun cas entrer dans ce débat.

En tant que membre de l'ARS, le sujet de l'accessibilité aux soins est un sujet qui me préoccupe et c'est pour cette raison que nous devons faire en sorte que le dépassement d'honoraires ne devienne ni systématique ni trop important. En outre, si nous réfléchissons aux effets « collatéraux » : les médecins qui feront le choix d'un dépassement important choisiront alors de s'installer dans des zones où les patients seront plus aisés. Ils éviteront ainsi les zones les plus reculées dans lesquelles nous avons justement besoin de professionnels de santé pour des populations plus modestes. Le Languedoc-Roussillon est d'ailleurs une région particulièrement précaire. Ainsi ce sujet nous concerne à plus d'un titre.



Ce n'est pas une stigmatisation de certains médecins libéraux, mais un contrôle des exagérations.

L'AVENANT 8 UNE ATTAQUE SANS PRÉCÉDENT !

DR DIDIER LEGEAIS, Vice Président du Bloc

La mise en place progressive des travaux de séduction de l'assurance maladie peine à convaincre les médecins qui ne s'y trompent pas. Il s'agit d'un cadeau fait aux complémentaires de santé qui vont ainsi récupérer 2 milliards d'euros de chiffre d'affaires. Contrairement à ce que disent les syndicats signataires de l'avenant n°8, c'est une attaque sans précédent contre le dernier rempart de la médecine en secteur 2 depuis 1980. On avait annoncé 260 praticiens en pratique excessive, or ce sont déjà 1200 confrères qui ont reçu une notification de l'assurance maladie, demandant de revoir leurs pratiques et annonçant contrôles et sanctions. En dehors des miettes laissées aux praticiens pour les patients de plus de 85 ans et les consultations pour les pathologies de longue durée pour les praticiens traitants, la prochaine évolution du tarif opposable signé dans l'avenant n°8, dépendra comme indiqué de « l'évolution économique du pays et de l'ONDAM ». L'UNOCAM avait exigé pour que le contrat d'accès aux soins (CAS) voie le jour, l'adhésion de 50% des praticiens en secteur 2 (c'est-à-dire 30 000 médecins). En cours de négociation, le nombre a diminué de 33% et ce avant le 1er juillet. Une nouvelle fois, l'assurance maladie se parjure en repoussant le délai d'adhésion au CAS au 30 septembre. L'UNOCAM invite ses adhérents à ne plus prendre en charge les dépassements d'honoraires en dehors du CAS, ce qui signifie un gain supplémentaire pour les complémentaires de 500 millions d'euros. Par ailleurs, l'UNOCAM récupère 5 millions d'assurés ACS avec un montant d'adhésion moyen de 340 euros annuels. Tout cela en asservissant nos entreprises libérales qui elles devront recevoir 12 millions de patients en tiers payant (AME, CMU, CMUC, ACS). Les négociations de l'avenant n°8 avaient pour objectif la revalorisation des spécialistes de plateaux techniques lourds qui n'ont maintenu leur activité que grâce aux compléments d'honoraires et au final, on assiste à un asservissement de ces spécialités pour un enrichissement des complémentaires et une réévaluation de la médecine générale et de certaines spécialités qui n'étaient pas nécessairement les plus en souffrance. Si l'assurance maladie avait fait preuve de courage et au lieu de donner aux complémentaires santé de 2 à 2,5 milliards d'euros de plus, avait donné cet argent aux médecins, elle aurait simplement pu financer les 2,3 milliards d'euros de compléments d'honoraires aujourd'hui.



La mise en place progressive des travaux de séduction de l'assurance-maladie peine à convaincre les médecins.

L'AVENANT 8 LA PROFESSION DOIT SE PRENDRE EN CHARGE

DR MICHEL CHASSANG, Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) et de l'Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL)

Il y a trois raisons principales qui justifient cet avenant 8. La première est le lien très étroit entre la faible valeur des actes et le développement du secteur 2. La meilleure façon de dégonfler le secteur 2 ou de diminuer son impact est effectivement d'augmenter et de revaloriser la valeur des actes. Cet avenant comprend une 1^{re} étape à hauteur de 450 millions d'euros. La deuxième raison est de se préoccuper des dépassements dits excessifs qui sont le fruit du comportement d'une faible minorité de praticiens mais qui jaillit sur l'image de l'ensemble de la profession. Donc pour éviter que tout le monde soit logé à la même enseigne, cet avenant 8 permet à la profession de se prendre en charge et de fixer un certain nombre de règles de conduites. La troisième raison, c'est d'ouvrir une perspective pour une offre à tarif maîtrisé et remboursé qui permet aux patients de mieux accéder aux soins, aux praticiens de prendre des compléments d'honoraires qui sont solvabilisés pour les praticiens de secteur 2 et qui permet d'entrevoir un avenir pour les praticiens de secteur 1. Si aujourd'hui environ 2000 praticiens de secteur 1 sont concernés, on pense bien que demain on ouvrira le contrat d'accès aux soins à d'autres catégories sous certaines conditions. C'est donc le triple avantage de cet avenant 8. J'ajoute cependant un point essentiel pour l'hospitalisation privée. L'avenant 8 permet de juguler les pertes de marché constatées aujourd'hui dans certains secteurs de l'hospitalisation privée et qui ont pour origine les problèmes des restes à charge qui sont difficiles à supporter en temps de crise pour les gens qui soit différent leurs soins soit fréquentent des secteurs qui sont à tarif opposable et administré, en particulier les dispensaires ou l'hôpital public.



L'avenant 8 permet de juguler les pertes de marché constatées aujourd'hui dans certains secteurs de l'hospitalisation privée.

Impact de l'innovation sur la pratique médicale

Évidemment les nouvelles technologies font avancer la pratique médicale et vont complètement la transformer. D'abord c'est un travail d'équipe avec une délégation de tâches qui est en train de se développer à travers la robotisation. On ne peut hélas que constater le décalage croissant entre l'apparition de ces nouvelles technologies et leur prise en compte par l'assurance maladie. Il y a là un sujet qui est de nature à freiner l'innovation et l'accès à celle-ci par tous les Français. C'est la raison pour laquelle il

doit exister un espace de liberté. Dans la chirurgie, par exemple, pour financer cette innovation, l'espace de liberté tarifaire est indispensable. On peut se demander pourquoi cet espace n'est pas remboursé par l'assurance maladie alors qu'il devrait l'être. Ce n'est peut-être pas aux patients de la prendre en charge. Ce sont tous ces sujets qui sont sur la table aujourd'hui. Mais il est indéniable qu'il y a actuellement une énorme évolution technologique et un développement de nouveaux modes d'exercice, en particulier via la chirurgie ambulatoire.

Regard sur les jeunes générations

Ces nouvelles générations sont d'abord plutôt de sexe féminin parce que les femmes représentent aujourd'hui une grande majorité de ces jeunes. On peut dire que ces générations ont un mode de vie et une conception de la vie professionnelle qui est différente de la nôtre. Elles n'entendent pas consacrer leur vie exclusivement à leur activité professionnelle et elles désirent concilier leur vie professionnelle avec leur vie personnelle, leurs loisirs etc. C'est un phénomène irréversible qui touche tous les secteurs, pas seulement la médecine. C'est simplement une évolution générale de la société qu'il faut accepter et prendre en compte en adoptant de nouvelles méthodes de travail. L'organisation de l'établissement doit en tenir compte ainsi que la rémunération. On ne fonctionne plus comme avant et en cela la délégation de tâches, la collaboration interprofessionnelle, la télé-médecine vont nous y aider et apporter des solutions.



dialogue
santé

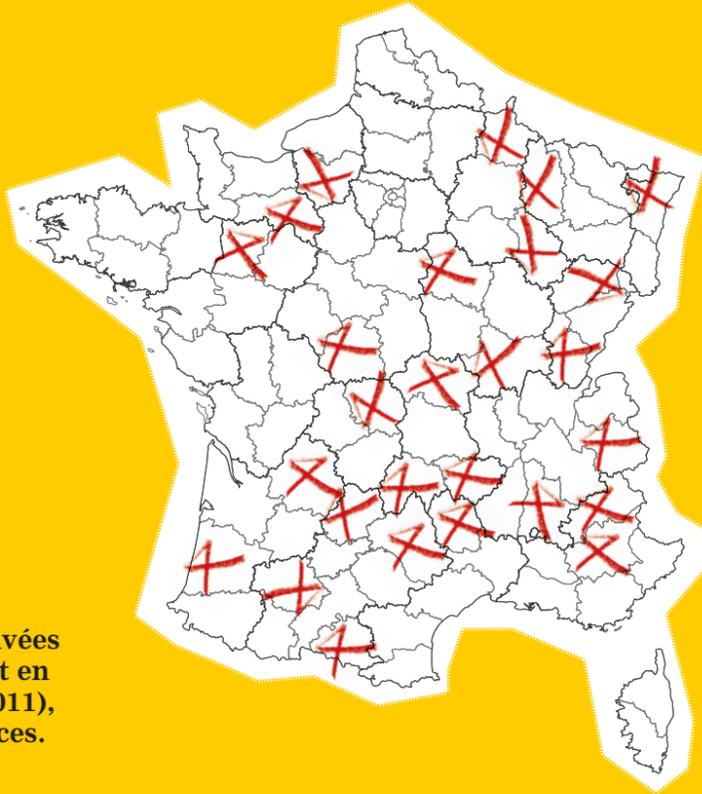
Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les deux mois. Juillet 2013. Directeur de publication : Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM communication. Photos : ©Shutterstock, © Caméléon. Dessin : © Sié.

DES PRESTATIONS D'EXCELLENCE QUI SE RARÉFIENT

Le monde de la périnatalité privée est en pleine mutation. Les maternités privées disparaissent et n'assurent plus que 28 % des accouchements aujourd'hui contre 40 % il y a 20 ans. Alors que l'hospitalisation privée et les acteurs de la médecine libérale assurent une réelle mission de service public et des prestations d'excellence, l'offre de soins continue de se raréfier.

Près de 600 cliniques privées maillent le territoire national. Parmi elles, 176 maternités privées dans 69 départements prennent en charge 230 000 nouveau-nés (2011), représentant 28 % des naissances.

EN MATIÈRE D'ACCOUCHEMENT, TOUTES LES ÉTUDES (IPSOS...) CONVERGENT, LES FRANÇAISES SONT EXTRÊMEMENT ATTACHÉES À LEUR LIBERTÉ DE CHOIX, ET POURTANT... 27 DÉPARTEMENTS N'ONT PLUS DE MATERNITÉS PRIVÉES !



LA COMMISSION NAISSANCE DE LA FHP-MCO AVANCE 8 PROPOSITIONS

- 1 Favoriser le projet de naissance chez le couple.
- 2 Promouvoir les différents modes de prises en charge y compris non médicalisées.
- 3 Renforcer la coordination avec les équipes médicales.
- 4 Promouvoir les coopérations entre établissements de santé et celles entre villes et établissements de santé (réseaux, parcours de soins, etc.).
- 5 Renforcer les liens entre usagers et professionnels (journées thématiques, formations, démarche de certification dans le secteur privé...).
- 6 Apporter un soutien à la spécialité de gynécologie-obstétricale.
- 7 Améliorer la rémunération des professionnels de la naissance.
- 8 Expérimenter et améliorer de nouveaux modes de financement.

Générosité

DE LA PRISE EN CHARGE

Le secteur privé accueille et prend en charge toutes les populations, et les maternités privées n'y font pas exception ! Une étude du BAQIMEHP de 2008 montre par exemple que 146 cliniques, soit plus de la moitié, sont implantées dans des communes considérées comme défavorisées (le critère retenu étant celui des revenus imposables par foyer fiscal). En France, 10 % des hospitalisations concernent des patients bénéficiaires de la CMU / CMUC / AME, ce qui représente 1,5 million de séjours. En moyenne, 25 % de cette proportion sont accueillis dans le secteur privé. Cette prise en charge est très hétérogène selon les territoires en fonction du développement régional de l'hospitalisation privée et le lieu d'implantation des établissements*.

* 31 % en PACA, 32 % en Midi-Pyrénées, 34 % en Aquitaine et 40 % en Languedoc-Roussillon.

Liberté

DE LA PRISE EN CHARGE

Le respect du projet de naissance chez le couple constitue une priorité pour les acteurs de la périnatalité privée. Nous nous devons de répondre à la demande des couples d'éviter une surmédicalisation de la naissance, tout en restant à la pointe de la technologie et de la sécurité pour les femmes. Les prises en charge individualisées en fonction des projets de naissance (à l'image des espaces physiologiques) se développent dans le secteur privé. Ces nouveaux modes d'accompagnement de l'accouchement doivent être encore plus ouverts aux sages-femmes libérales.

Globalité

DE LA PRISE EN CHARGE

Les maternités privées se battent pour une prise en charge globale des parturientes, qui inclut l'avant, le pendant, et l'après la naissance, et ce, sur l'ensemble du territoire. La coordination avec la médecine de ville est une priorité : notre approche ne prend pas seulement en compte la naissance, mais aussi l'accompagnement, le dépistage, et le retour à domicile. Donner la vie, c'est tout un parcours de santé !

