

CLINIQUES ET PRATICIENS, TRAVAILLONS ENSEMBLE

dialogue
santé

15

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

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

JUILLET 2014

FHP-MCO, 106, rue d'Amsterdam – 75009 Paris

www.fhpmco.fr



éditorial
Lamine
Gharbi

Ensemble, construisons notre avenir

LE POULS DE LA PROFESSION

Trois grandes motivations ont présidé à l'organisation de la convention annuelle de la FHP-MCO des 11 et 12 juin 2014. La première motivation est celle de rassembler. Nous avons souhaité fédérer des directions de cliniques privées MCO et des équipes autour de valeurs communes – celles de la qualité, l'efficacité, l'humanité –, d'une conviction unique – celle de voir en l'hospitalisation privée, une chance et une richesse pour la France –, et d'un objectif partagé – celui d'offrir des soins de qualité pour tous. Au côté d'une hospitalisation publique soudée, notre secteur doit être uni. La réussite de ce congrès, au taux croissant de participation, est à nos yeux symbolique. Une communauté ne se décrète pas, elle se construit pas à pas. La connaissance de l'autre et de ses réalisations vient nourrir le désir d'appartenance à cette corporation. Suit la fierté de la défendre. Le partage, avec vous tous, de retours de terrain des établissements constitue une deuxième grande motivation. C'est dans cet esprit que nous avons ménagé une large part de notre congrès à des témoignages, des présentations par nos pairs de bonnes pratiques. Comment la notion de « parcours de soins » nous amène à repenser l'organisation sanitaire globale ? Comment articuler prévention, soins de plus en plus courts, hospitalisation à domicile, etc. ? Quelle mise en place du Dossier médical personnel (DMP) ? Quelle sécurisation des systèmes de

La convention annuelle FHP-MCO est un rendez-vous professionnel important qui participe à la vie démocratique de notre organisation.

messagerie avec les médecins de ville, du partage des données, de la téléconsultation ? La santé est-elle à l'aube d'une véritable révolution numérique ? Comment le secteur privé tire-t-il son épingle du jeu virtuel ? Chacun d'entre nous se doit demain d'exposer un point fort de son activité et permettre ainsi à

l'ensemble du secteur d'avancer plus vite et d'aller plus loin. La troisième principale motivation pour notre équipe est celle de faire un point précis et complet des chantiers majeurs impactants notre secteur. Où en sommes-nous du dossier IFAQ, de la dégressivité des tarifs issus des coûts ? Experts du secteur et tutelles se sont livrés à cet exercice pédagogique sans langue de bois.

La convention annuelle FHP-MCO est un rendez-vous professionnel important qui participe à la vie démocratique de notre organisation. Pour vous, dans ce numéro 15 spécial convention, nous en avons retenu l'essentiel. Bonne lecture !

Lamine Gharbi
Président du syndicat national FHP-MCO



VOS RETOURS DE TERRAIN SUR LA PRATIQUE DE NOS MÉTIERS FONT ÉVOLUER NOTRE PROFESSION ! VOICI QUELQUES EXTRAITS DE VOS EXPÉRIENCES, AU CŒUR DES BOULEVERSEMENTS QUE TRAVERSE LE SECTEUR PRIVÉ HOSPITALIER. PARCOURS DE SOINS, FINANCEMENT, RÉVOLUTION NUMÉRIQUE, COMMENT SE PROFILER DANS LES DÉFIS DES CHANGEMENTS SANITAIRES ?

RÉVOLUTION 2.0 : LE SECTEUR PRIVÉ S'ENGAGE DANS LA TRANSITION NUMÉRIQUE

DMP, systèmes de messagerie sécurisée avec les médecins de ville, partage des données, téléconsultations... La santé est à l'aube d'une véritable révolution numérique. Comment le secteur privé tire-t-il son épingle du jeu virtuel ?

ARNAUD PULON, RESPONSABLE DU DÉVELOPPEMENT DE L'INFORMATION MÉDICALE CHEZ B.BRAUN AVITUM

INSUFFISANCE RÉNALE ET TÉLÉ-SURVEILLANCE

« Le parcours de soin d'une personne atteinte d'insuffisance rénale chronique terminale est lourd. Il requiert quatre heures de dialyse, trois fois par semaine. Dans les Alpes-de-Haute-Provence, cette prise en charge est encore compliquée par la situation géographique : les axes routiers sont peu nombreux, enneigés en hiver... Pour pouvoir suivre leur traitement dans une unité de dialyse médicalisée, au sein du centre d'hémodialyse des Alpes B.Braun Avitum à Manosque, les patients doivent parfois rester près de deux heures sur les routes. Nous avons donc travaillé à améliorer l'offre de soin de proximité. Grâce à un logiciel de téléconsultation, avec lequel un médecin peut dialoguer en direct avec le patient et télésurveiller la dialyse, deux de nos centres de dialyse de proximité ont obtenu une autorisation de l'ARS PACA pour des prises en charge en modalité unité de dialyse médicalisée télésurveillée. Jusqu'ici, ils n'avaient qu'une autorisation d'unité d'autodialyse pour des prises en charge en modalité unité de dialyse médicalisée télésurveillée. Nous offrons ainsi à nos patients la possibilité de conserver leurs traitements de proximité et d'une façon plus générale, cela a contribué à améliorer le maillage territorial de l'offre de soin. »



Nous offrons ainsi à nos patients la possibilité de conserver leurs traitements de proximité.

MICHEL GAGNEUX, PRÉSIDENT DE L'ASIP SANTÉ

LE NUMÉRIQUE AU SERVICE DU PARCOURS DE SOINS

« Les technologies numériques et, au premier rang, le DMP, sont des révélateurs des enjeux de la réforme de l'organisation des soins. Ce sont des outils de partage et d'échange, ils se heurtent donc en première ligne aux réflexes de cloisonnement, de protection, d'individualisme. Cependant, s'ils mettent en lumière les blocages, ils permettent aussi souvent de les dépasser. Les vicissitudes du DMP, qui est resté à l'état de projet pilote pendant plus de deux années faute de véritable engagement national, a permis d'ouvrir la réflexion et bâtir un cadre d'interopérabilité autour des technologies numériques dans la santé. L'existence de ce projet a obligé les pouvoirs publics à faire l'apprentissage des possibles en matière numérique. Le DMP a poussé à réfléchir à toute une série de services complémentaires, comme la messagerie sécurisée de santé, qui permet aux professionnels d'échanger dans des conditions sûres, rapides, et économiques, ou encore, le programme de santé connectée, qui, via des bases de connaissances et de bonnes pratiques accessibles depuis les logiciels métiers fournira un outil d'aide à la décision de nouvelle génération. »



Le DMP a fait réfléchir à toute une série de services complémentaires.



DOMINIQUE PON, DIRECTEUR, CLINIQUE PASTEUR À TOULOUSE

« J'ai débuté ma carrière comme informaticien, je le confirme : le secteur de la santé n'a toujours pas compris qu'internet existait ! »

STÉPHAN DE BUTLER, PDG DU GROUPE VICTOR PAUCHET À AMIENS

LES DONNÉES SONT STRATÉGIQUES !

« Nous avons été le premier établissement français à utiliser le DMP, sous forme de borne. Notre projet de développement du DMP s'est appuyé sur notre équipe informatique et fut un succès grâce à l'engagement de nos équipes administratives. Cependant, nous déplorons un ralentissement de la dynamique DMP du fait d'un manque de visibilité politique en direction des patients, d'un manque de compatibilité des systèmes informatiques, et d'une confusion créée avec les dossiers de spécialité (cancérologie, médico-social, etc.). En ce qui concerne la gestion de la coordination de la cancérologie, nous avons fait le choix de retenir une solution métier déployée sur le Pôle Santé Privé d'Amiens. Nous souhaitons disposer d'un outil répondant aux attentes des professionnels de santé, des structures sanitaires associées, et permettant de garantir la propriété et le traitement des données. Ces informations font aujourd'hui pleinement partie de la qualité de la prise en charge des patients, de la filière de prise en charge, et sont des éléments stratégiques pour le développement de la recherche clinique. Le partage de l'information à l'échelon régional est envisageable dans la mesure où cette démarche serait mise en œuvre dans une situation équitable, sans créer de distorsion de concurrence, ce qui ne semble pas garanti aujourd'hui. »



Le partage de l'information à l'échelon régional n'est envisageable [...] que dans une situation équitable.

CHARLOTTE DUBOIS, CHEFFE DE PROJET DU DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ, CLINIQUE AMBROISE PARÉ À NEUILLY

UN OUTIL POUR ET PAR LES UTILISATEURS

« Lorsque nous avons repris le dossier du DMP en 2013, nous avons revu notre stratégie : au lieu de proposer un énième logiciel auquel les utilisateurs doivent s'adapter, nous avons décidé de développer le logiciel directement en partenariat avec ceux qui vont s'en servir. Nous avons commencé dans deux services dits complexes : la réanimation et l'ambulatoire, où les délais sont très courts. Dans les deux cas, ce sont les gens de terrain qui ont créé leur outil de travail. Résultat : tout le monde est très impliqué et motivé ! Quand l'outil informatique est bien conçu, les gains de temps sont assurés, et il existe une vraie amélioration de la prise en charge et de la sécurité du patient. »



Quand l'outil informatique est bien conçu, les gains de temps sont assurés.

DAVID FRITSCH, RESPONSABLE DE L'ACTIVITÉ CONSEIL, SHAM

LA LOGICIO-VIGILANCE À L'ORDRE DU JOUR

« Du point de vue de l'assureur, il existe peu de textes spécifiques sur la sécurité en matière informatique, pas de jurisprudence... Cependant, au sein de la Sham, on s'organise pour pouvoir gérer les contentieux face à un manquement lié à l'utilisation d'un logiciel. Les préjudices peuvent être graves : patient à qui on administre deux fois le même traitement, fausses alarmes etc. Aujourd'hui, les logiciels sont déclinés sur toutes sortes de supports, équipements PC, terminaux, tablettes, téléphones, etc. Bien utilisés, ils permettent vraiment d'assurer la continuité de l'activité et d'améliorer la prise en charge. Comme souvent, le maillon faible reste l'utilisateur. C'est pourquoi nous misons sur la formation à ces outils. »



Aujourd'hui, les logiciels sont déclinés sur toutes sortes de supports.



OLIVIER DE LA BARRE, ARCHITECTE ASSOCIÉ, MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FONDATION AIA ASSOCIÉS

« Il y a quelques années encore, dans l'organisation spatiale d'un établissement, l'ambulatoire était séparé du bloc et pratiqué dans des zones dédiées. Mais l'ambulatoire s'est maintenant rapproché du bloc jusqu'à y être totalement intégré. Cela nécessite une nouvelle organisation des flux mais allège sensiblement la prise en charge. Pour des opérations et des profils de patients qui le permettent, un rapide retour à la maison peut constituer un facteur d'amélioration du temps de récupération. Les zones de box sont réduites et remplacées par des zones de salon. Parallèlement, une attention particulière est accordée au traitement architectural de ces espaces. Nous essayons de mettre en place un environnement confortable et rassurant qui rappelle celui des espaces d'accueil d'un hôtel ou d'une compagnie aérienne, grâce au traitement de la lumière, aux matériaux utilisés, à l'ergonomie et au design des espaces et mobiliers, pour échapper aux codes habituels de l'hôpital. »

PAS DE SANTÉ SANS PARCOURS !

La notion de « parcours de soins » implique de repenser l'organisation sanitaire pour plus de fluidité et d'efficacité. Fini les longs séjours à l'hôpital, désormais, la prise en charge se pense sur le long terme, de la prévention au retour à la maison, et hors des murs de l'hôpital.

DR FRÉDÉRIC SANGUIGNOL, CLINIQUE DU CHÂTEAU DE VERNHES À BONDIGOUX, VICE PRÉSIDENT DE LA FHP-SSR, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA SOCIÉTÉ D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EUROPÉENNE

LE PARCOURS COORDONNÉ DU PATIENT ATTEINT D'OBÉSITÉ

« L'obésité est un vrai problème de santé publique, qui touche 15 % de la population française âgée de plus de 18 ans (7 millions de Français). C'est une pathologie multifactorielle, liée à la fois à une alimentation déséquilibrée, la sédentarité, des problèmes environnementaux (familiaux, professionnels, sociaux, etc.). Peu de médecins sont formés à la prise en charge de l'obésité, à l'intersection de quatre axes : biomédical, diététique, psychologique et physique. Chaque fois que l'un de ces axes est laissé de côté, l'efficacité de la prise en charge recule. De plus, l'obésité entraîne des complications sur quasiment tous les organes : diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, insuffisance respiratoire, syndrome d'apnée du sommeil, problèmes locomoteurs... Elle est aussi un facteur de cancers. La prise en charge de l'obésité est donc nécessairement globale et pluridisciplinaire. Comme elle nécessite un traitement sur le long terme, il est nécessaire de mettre en place une prise en charge ville/hôpital/ville, qui prend en compte le retour à domicile. C'est une maladie comportementale, il faut donc accompagner le patient au-delà de la perte de poids et lui faire acquérir des connaissances et des compétences pour mieux autogérer sa maladie. C'est là que l'éducation thérapeutique a tout son rôle à jouer, un rôle essentiel dans l'autonomisation du patient. C'est un pilier de la prise en charge de l'obésité, quel que soit sa phase. »



La prise en charge de l'obésité est donc nécessairement globale et pluridisciplinaire.

AGNÈS SAIZ, COORDINATEUR DE LA GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AU SOIN, CLINIQUE SAINT-PIERRE À PERPIGNAN

MIEUX COORDONNER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES ATTEINTES DE CANCER DU SEIN

« Nous avons mis en place, à l'échelle de notre établissement, une prise en charge coordonnée pour les patientes atteintes de cancer du sein : projet Serra Dona. Suite à une étude basée sur le travail de trois groupes d'analyse organisationnelle – un groupe de patientes, de médecins et de soignants –, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il pouvait être utile d'éditer un classeur de suivi, où les patientes pourraient avoir accès à toutes sortes d'informations sur leur prise en charge et de créer un poste d'infirmière coordinatrice. Cette infirmière est l'interlocutrice privilégiée des patientes, elle fait le lien avec tous les acteurs de la prise en charge, les médecins, les soignants, les psychologues, l'assistante sociale, mais aussi les associations de patients et la médecine de ville. Un des objectifs est de favoriser le retour à l'emploi. De mars à décembre 2013, 184 patientes, dont 80 sont actives ou en recherche d'emploi, ont intégré le programme. Que chaque patiente atteinte du cancer du sein puisse trouver réponse à ses questions, voilà l'un des objectifs du projet Serra Dona. »



Que chaque patiente atteinte du cancer du sein puisse trouver réponse à ses questions, voilà l'un des objectifs.



LUC FERRY, PHILOSOPHE, ANCIEN MINISTRE

« Ce qui va nous sauver, ce n'est pas la décroissance, mais l'innovation. Même si elle déstabilise le monde, même si elle peut être formidable et, en même temps, destructrice. L'innovation est vitale et angoissante à la fois : dans un siècle de déconstruction, la France doit résoudre ce dilemme. »

MARIE-DOMINIQUE LUSSIER, MANAGER, RESPONSABLE DU PROGRAMME PAERPA

S'ENGAGER POUR UNE MÉDECINE DE PARCOURS

« La médecine de parcours nécessite un véritable changement de paradigme, pour trois raisons. D'abord, les évolutions de la science ont entraîné un changement de prise en charge : l'hôpital n'a plus la même fonction, au gré des avancées des techniques médicales et pratiques thérapeutiques. Ensuite, parce que le vieillissement de la population et l'explosion des maladies chroniques nous y obligent : les prises en charge se déroulent sur le long terme et pourtant, on ne peut pas passer sa vie dans un hôpital. Enfin, parce que les malades eux-mêmes ont maintenant un accès direct à l'information médicale, ce qui modifie profondément les paramètres du colloque singulier avec le médecin. Aujourd'hui, pour ces prises en charge longues, la médecine change de problématique : le dépistage et la gestion des risques deviennent primordiaux. Les médecins identifient un problème, qui va rester ensuite à vie (diabète, obésité, etc.). Le sujet de la médecine de parcours est bien la gestion des risques au long court. »



Le sujet de la médecine de parcours est bien la gestion des risques au long court.

NICOLAS BOBET, DIRECTEUR RÉGIONAL, GROUPE CAPIO

MISER SUR L'AMBULATOIRE

« Lorsque nous avons voulu rénover notre clinique, vétuste, en centre ville, nous nous sommes rendus compte que nous ne pouvions pas financer un nouvel établissement de même capacité (477 lits et places). Après une étude, nous sommes parvenus à la conclusion qu'il était possible de garder notre volume d'activité avec seulement 200 lits d'ambulatoire. En misant sur l'avenir, nous avons tablé sur 254 lits, ce qui devenait alors finançable. En Suède, les établissements de santé ont sauté le pas depuis longtemps ! Chez nous, même les colectomies et les prothèses de hanche se pratiquent en ambulatoire. Une telle révolution dans les pratiques a fonctionné parce que nous avons été extrêmement transparents sur les aspects économiques, et que nous avons tenu nos engagements sociaux (aucun licenciement). Aujourd'hui, nous sommes à 280 lits et places, et nous espérons arriver bientôt à 254 ! »



Chez nous, même les colectomies et les prothèses de hanche se pratiquent en ambulatoire.

DOMINIQUE POLTON, CONSEILLÈRE AUPRÈS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CNAMTS

« Notre défi collectif, c'est de répondre à une demande croissante, en maintenant un haut niveau de qualité des soins, dans un contexte financier fortement contraint par la situation économique. Pour cela nous devons mobiliser toutes les marges d'optimisation possibles, et le virage ambulatoire en fait partie. »

Quand on a trouvé des solutions anti-crise, cela est forcément reconnu.

ÉPARGNE RETRAITE MACSF PUBLICITÉ

UN ENGAGEMENT DE PERFORMANCE⁽¹⁾. Cette année encore, nos produits d'épargne retraite, reconnus et approuvés par la presse financière, sont parmi les meilleurs du marché, avec un taux de 3,40 %⁽¹⁾ net en 2013 sur les fonds en euros RES de nos contrats d'assurance vie. Découvrez l'ensemble de nos engagements sur macsf.fr

3233⁽²⁾

Notre engagement, c'est vous.

MACSF

(1) Taux net de frais de gestion de 0,5 % et hors prélèvements sociaux, sur le fonds en euros RES disponible sur les contrats RES et RES multisupport (encours au 31/12/2013 de 17,7 Mds € représentant 95% du total des provisions mathématiques en euros gérés par la MACSF épargne retraite). Les performances passées ne préjugent pas des performances futures. RES Multisupport et RES sont des contrats d'assurance vie de groupe à adhésion facultative souscrits par l'Association Médicale d'Assistance et de Prévoyance (AMAP) auprès de la 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'Assurances 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 n° 403 071 095 - Siège social : 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 - Tél : 3233.

L'AVENIR DE LA SANTÉ... UN FINANCEMENT EN FORME DE POINT D'INTERROGATION

À l'heure où la future loi va redessiner l'organisation, le coût de la santé et le financement du secteur privé sont plus que jamais incertains. Explications...

HOUSSEYNI HOLLA, DIRECTEUR DE L'ATIH

PASSER DU COÛT AU TARIF

« Les résultats des études de coûts sont utilisés dans la campagne tarifaire pour mettre à jour les tarifs annuellement. La campagne tarifaire permet chaque année de faire évoluer les tarifs en fonction des coûts. La problématique principale est d'ajuster les tarifs aux coûts, avec une précaution méthodologique : les tarifs et les coûts publiés par l'ATIH ne correspondent pas forcément les uns aux autres, parce qu'ils ne recourent pas le même périmètre. Les médecines onéreuses, par exemple, ou les plateaux techniques perfectionnés, qui sont à prendre en compte dans le coût, ne sont pas comptabilisés dans le tarif. Nous avons développé une méthodologie pour passer des coûts aux tarifs, que vous pouvez consulter sur notre site. Les établissements peuvent ainsi savoir si une activité est bien financée. Pour faire un travail pertinent sur les tarifs, il faut disposer de mesures de coûts robustes. Et pour ce faire, nous avons besoin d'avoir beaucoup d'établissements dans notre échantillon. À l'heure qu'il est, nous constatons un déficit d'établissements privés dans nos études de coûts. Notre taux de sondage dans votre secteur est entre 5 et 7 % et nous aurions besoin d'être entre 10 et 15 % ! Je lance un appel aux établissements privés pour entrer dans l'étude de coûts ! »



À l'heure qu'il est, nous constatons un déficit d'établissements privés dans nos études de coûts.

ETIENNE MINVIELLE, RESPONSABLE COMPAQ HPST

VERS UN FINANCEMENT DE LA QUALITÉ

« En complément de la T2A, qui valide une approche quantitative de l'activité d'un établissement, il est important de pouvoir aussi financer la qualité des soins prodigués au sein d'un établissement. C'est le rôle de l'IFAQ. En Europe, la France est leader pour ce type d'initiative, mais la grande référence reste malgré tout le *Payment for Performance* américain. Contrairement aux États-Unis, où l'incitation à la qualité est adossée à des pénalités, elle n'est en France que positive. Elle se fonde sur les indicateurs qualité et la certification. L'expérimentation a débuté en 2012 et la première vague de rémunération aura lieu fin 2014 pour les établissements vertueux. Nous rencontrons globalement un consensus sur la nécessité de rémunérer la qualité, mais il faut rester vigilant ! Le risque est que ces pratiques restent comptables ou administratives, et qu'elles n'entrent pas réellement dans la vie des établissements, il faut travailler à les rendre concrètes. Le modèle doit être fondé sur un véritable travail de recherche. Par ailleurs, la taille de l'incitation (0,5 % du budget de l'établissement) pourrait avantageusement être revue à la hausse. »



Nous rencontrons un consensus sur la nécessité de rémunérer la qualité.

ANTI JARGON

ANAP Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

COMPAQ HPST Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hôpital, patient, santé, territoire.

DAQSS Direction de l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

DMP Dossier médical personnel

DGOS Direction générale de l'offre de soins

ONDAM Objectif national des dépenses d'assurance maladie

PAERPA Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

IFAQ Incitation financière à l'amélioration de la qualité

SSR Soins de suite et réadaptation

FÉLIX FAUCON, CHEF DE SERVICE DGOS

À L'HEURE DE LA NEUTRALITÉ TARIFAIRE

« Avec la convergence tarifaire intersectorielle, nous entretenons entre les secteurs public et privé une situation de concurrence artificielle. Celle-ci a eu son utilité en obligeant à clarifier ce qui était financé par les tarifs et ce qui devait relever d'autres types de financement : en dix ans, nous sommes passés d'un différentiel tarifaire moyen entre public et privé de 40 %, à 13 % aujourd'hui. Mais poursuivre la convergence tarifaire aurait produit plus de frictions entre les acteurs que de gains pour la sécurité sociale. L'abandon de la convergence intersectorielle conduit à une nouvelle règle de cohérence qui est la neutralité tarifaire. Celle-ci vise à prendre en compte le coût réel de chaque acte pour les établissements, dans le respect des spécificités sectorielles : les tarifs publiés doivent être le plus proche possible du coût de production de l'acte, et sont issus d'études de coûts dont les résultats sont ensuite corrigés en valeur pour respecter l'ONDAM. Car le respect de l'ONDAM, dont la progression est inférieure à la progression non contrainte des dépenses hospitalières, est devenu le principal levier de l'amélioration de l'efficacité. Depuis que l'ONDAM est devenu une référence rigoureuse, il nous faut évaluer la soutenabilité du niveau de pression imposé aux acteurs, notamment en évitant que les déficits ne se creusent au niveau microéconomique. Le respect de l'ONDAM génère donc automatiquement des gains de productivité et chaque secteur est maintenant responsabilisé sur la tenue de son enveloppe. Parallèlement, Bruxelles nous demande de veiller à ce qu'aucun secteur ne fasse de bénéfices excessifs avec de l'argent public et nous devons donc en permanence redéployer des ressources à partir des activités les mieux financées. »



Le respect de l'ONDAM génère automatiquement des gains de productivité.



THIERRY MARX, CHEF D'ENTREPRISE, CUISINIER ADEPTE DE LA GASTRONOMIE MOLÉCULAIRE

« L'important, c'est de replacer l'humain au centre de l'entreprise. Aujourd'hui, l'humain est placé sur un tapis roulant, et ce n'est pas lui qui gère la cadence. L'absolue nécessité du revenu et du bénéfice est une chose, mais on ne parvient à rien si les gens sont dans la peur. Nous sommes dans une société de la connaissance, mais pas suffisamment de la reconnaissance. Pour que les gens travaillent à un projet commun, il faut se donner la peine de travailler sur un sentiment de communauté. Ce sont des choses qui se déclinent aussi bien en cuisine, que dans toutes les entreprises humaines. »

