

Une profession debout et en marche

DÉFENDRE  
ET ENTREPRENDRE !

**N**otre profession doit faire face à des dangers majeurs, qui menacent les principes fondamentaux que nous défendons.

Nous défendons l'équité de traitement des acteurs, quel que soit leur statut juridique. Nous nous battons pour que les établissements de santé privés MCO aient accès à toutes les activités, toutes les autorisations, tous les financements et pour qu'ils soient jugés selon les mêmes cahiers des charges que les hôpitaux publics, afin que seul le service rendu aux patients compte.

Nous défendons le modèle des cliniques et hôpitaux privés MCO, qui est aujourd'hui reconnu comme étant le plus efficace. Nous nous battons pour défendre la médecine libérale, qui est le moteur de notre activité, et pour conserver la liberté de gestion au sein de nos entreprises de santé, qui nous permet réactivité, adaptabilité et innovation.

Nous défendons la transparence des règles de régulation de notre système de santé. Nous nous battons pour que disparaisse l'écart tarifaire non justifié de plus de 20 % entre les secteurs public et privé, pour que les campagnes tarifaires soient la résultante de priorités sanitaires clairement objectivées et pour que les milliards d'euros de subventions distribuées aux hôpitaux publics soient justifiés et contrôlés.

Force est de constater que ces principes fondamentaux sont aujourd'hui largement attaqués. Le projet de loi de modernisation du système de santé a donné une base légale à la discrimination entre secteurs, en réservant de droit le Service public hospitalier (SPH) aux établissements de santé publics et privés non lucratifs. Exit les cliniques MCO, desquelles on exige hypocritement l'absence totale de dépassements d'honoraires, tandis qu'on les laisse perdurer dans les hôpitaux publics. Et estimons-nous heureux, car le pire a été évité : le ministère voulait introduire un lien entre autorisation et appartenance au SPH. Cette condition liée à l'absence de dépassements d'honoraires, ainsi que d'autres articles du projet de loi, traduisent la volonté de marginaliser, voire de faire disparaître la médecine libérale, ce que nous ne pouvons laisser faire.

La création des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), également prévue par la loi, suscite interrogations et inquiétudes de notre part. Composés d'hôpitaux publics, ils constitueront un instrument puissant d'organisation de l'offre de soins de nature à isoler les établissements privés sur leur territoire. Nous allons voir apparaître de



« Toutes ces attaques ne font que renforcer notre volonté de voir reconnu le rôle et la place que nous occupons de fait. »

Ségolène Benhamou  
à la tribune de la 3<sup>e</sup> convention FHP-MCO

gigantesques plateformes hospitalières publiques multi-sites, auxquelles il semblera naturel de donner toutes les activités, au nom de la complétude de l'offre publique si chère à certains. Et les GHT deviendront de véritables « aspirateurs » à autorisations, à financements et à patients. Fini le libre choix du patient qui sera orienté d'une façon ou d'une autre vers un GHT.

Parallèlement à cette loi, nous avons dû faire face à une campagne tarifaire 2015 d'une violence inouïe, qui n'est justifiée par aucun argument médico-économique. Cette campagne, c'est l'échec de la gouvernance de notre système de régulation, qui répond moins à des objectifs sanitaires et économiques qu'à des commandes politiques.

Malheureusement, il y a en toile de fond le plan triennal d'économies : 3 milliards d'euros sur 3 ans attendus des seuls établissements de santé, et « seulement » 730 millions d'économies réalisées avec la campagne 2015. Pour atteindre cet objectif, le ministère devra frapper fort, et les plus gros gisements sont dans les hôpitaux publics. Le risque est qu'il soit tenté de leur donner des contreparties, en termes d'activités ou d'investissements, voire de frapper encore plus fort sur notre secteur que certains rêvaient de voir disparaître ...

Mais nous sommes une profession debout et en marche : toutes ces attaques ne font que renforcer notre volonté de voir reconnu le rôle et la place que nous occupons de fait.

L'avenir de nos activités se prépare en investissant dans la recherche clinique, notamment en oncologie, et celui de nos pratiques se dessine en posant la question de leur pertinence. L'avenir de nos établissements se façonne avec une profession capable de mener des actions juridiques comme l'opération « 1000 recours pour faire respecter l'équité de traitement ». Ce sont les points de vue des principaux acteurs sur ces sujets d'avenir et leurs échanges que je vous invite à lire dans ce *Dialogue Santé* n°18.

Ségolène Benhamou  
Présidente du syndicat FHP-MCO



éditorial  
Ségolène  
Benhamou





De gauche à droite : J.-P. Door, L. Gharbi, Dr Henry, Dr Levy, Dr Hamon, Dr Cuq (à l'écran), A. Moreau (animateur de la table ronde).

# LA LOI DE SANTÉ

## VUE PAR...

### LA LOI DE SANTÉ VUE PAR LA FHP

#### CETTE LOI EST UNE VÉRITABLE CACOPHONIE.

**Lamine Gharbi, président de la FHP**

En chef d'orchestre de la dissonance, le ministère n'a jamais cherché à écouter les acteurs du monde de la santé, et la langue du dogmatisme a pris le pouvoir.

Toute ceci est emblématique des failles de la gouvernance de ce pays : une inflation législative quatre ans après HPST, un simulacre de processus démocratique, et l'intérêt général qui passe au second plan au profit d'une pure logique d'affichage.

Au regard des besoins impérieux de notre pays en santé, bâtir une loi qui laisse de côté un pan entier de l'offre de soins est proprement surréaliste. C'est pourquoi nous nous sommes battus contre cette loi, en ne cessant de réaffirmer notre solidarité avec les médecins libéraux. Notre détermination a porté ses fruits, puisque l'article 26 relatif au Service public hospitalier (SPH) a été réécrit, sur deux sujets majeurs : la dissociation du lien entre autorisations et appartenance au SPH, qui était mortifère pour nous ; et l'association au SPH pour les 130 établissements MCO disposant d'un service d'urgences.

Mais il subsiste de nombreux dangers dans cette loi, et le premier d'entre eux est évidemment le critère d'absence de dépassements d'honoraires pour faire partie du SPH, qui n'est ni plus ni moins qu'une mesure d'éviction de notre secteur.

On a découvert aussi lors des débats à l'Assemblée nationale, sans aucune concertation préalable, un amendement gouvernemental, dit « de bénéfice raisonnable », sur les Services d'intérêt économique général (SIEG). Chaque ARS pouvait définir cette notion de bénéfice raisonnable : on mesure le péril ! Nous avons fait adopter un amendement qui réduit le pouvoir de nuisance du dispositif, en confiant au Conseil d'Etat le soin de définir la notion de bénéfice raisonnable.

Vigilance encore sur les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), car nous ne saurions tolérer que les GHT marginalisent l'offre de soins privée. Nous devons aussi réfléchir à bâtir des GHT privés.

Nous poursuivons notre combat au Sénat, où les grands principes que nous défendons - l'équité, la transparence, l'efficacité (grande oubliée de la loi !) - ont plus de chance de bénéficier d'une écoute bienveillante. La volonté des sénateurs de réécrire très substantiellement le texte, et notamment de reconnaître les missions de service public remplies par notre profession, apparaît manifeste.

### LA LOI DE SANTÉ VUE PAR LES POLITIQUES

#### EN 2017, NOUS REPRENDRONS LE DÉBAT DE LA CONVERGENCE

**Arnaud Robinet, membre de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et conseiller santé du parti Les Républicains.**

Nous, les politiques, nous ne sommes pas des sachants et je souhaite être dans un esprit de co-production. Nous ne changerons pas ce qui fonctionne mais ce qui ne fonctionne pas. Certaines pistes commencent à être prioritaires, notamment et par exemple, celles de la décentralisation et du numérique.

La gauche comme la droite ont été très timides sur le dossier de la convergence des tarifs publics et privés : il faut reprendre le débat ! Cette convergence permet également de se comparer, de se mesurer. Pour cela, il faudra rétablir la confiance entre les pouvoirs publics et les professionnels de santé.

#### LE SECTEUR PUBLIC A DROIT À TOUT MAIS AUSSI AUX 30 MILLIARDS DE DETTE !

**Jean-Pierre Door, (Les Républicains), député de la 4<sup>e</sup> circonscription du Loiret**

Je suis farouchement opposé à la loi de modernisation du système de santé : j'ai annoncé à la ministre que tout ceci serait immédiatement abrogé en 2017, lors de l'alternance présidentielle.

Il s'agit d'une loi amateuriste, faite dans la hâte et sans réflexion profonde. Force est de constater que la ministre de la Santé, Marisol Touraine, a dû opter pour une procédure accélérée pour le vote de la loi, tant elle est critiquée. La gronde des médecins et des principaux syndicats de professionnels prouve bien le manque de consultation et de préparation de cette loi face à la réalité du monde de la santé aujourd'hui. Je ne me suis pas privé de le dire à mes confrères dans l'hémicycle : cette loi est touffue, compliquée, mal préparée, contestée par les syndicats de médecins et par l'Académie de médecine.

Il y a plusieurs points précis de cette loi, notamment le tiers payant généralisé, les salles de shoot ou encore l'*open data*, qui me préoccupent particulièrement. En ce qui concerne le tiers payant généralisé, cela me semble être un projet démagogique, coûteux, qui pose de nombreuses questions tech-

niques qui font douter de sa faisabilité en 2017. Les salles de shoot rendraient quant à elles la France complice de la toxicomanie. Enfin, l'*open data* me paraît être ni plus ni moins un moyen détourné de donner tous les pouvoirs à l'assurance maladie

### LA LOI DE SANTÉ VUE PAR LES MÉDECINS

**Vent debout depuis l'automne 2014, les syndicats de médecins ne désarment pas et préparent d'autres actions à la rentrée 2015. « La ministre a réussi une chose, celle de faire l'union contre elle », déclarait le Dr Pierre Lévy, secrétaire général de la CSMF.**

**« Nous avons affaire à la 2<sup>e</sup> loi antilibérale après la loi HPST annihilée par la loi Fourcade. » Le SML quant à lui demande l'abrogation de la loi de santé et conditionne son soutien aux candidats aux présidentielles de 2017 à une abrogation inscrite dans les programmes. « C'est ce que regarderont les 1,5 million de médecins ! », déclare le Dr Eric Henry, président. « La santé n'est pas un bien jetable comme un téléphone portable ! » « La politique de ce gouvernement est claire », rappelle le Dr Philippe Cuq, « nous savons qu'ils ne nous aiment pas. La loi Touraine veut nous tuer et le blocage sanitaire est la seule façon de lutter à la rentrée car sinon, demain ne sera plus pareil. »**

#### LA MINISTRE A RÉUSSI À FAIRE L'UNION CONTRE ELLE !

**Dr Pierre Levy, secrétaire général de la CSMF**

Quand Marisol Touraine, la ministre de la Santé, a confirmé sa volonté de maintenir à tout prix la généralisation du tiers payant appuyée par le gouvernement, la CSMF avait réaffirmé sa détermination à lutter par tous les moyens contre ce projet de loi. Même si une loi de modernisation du système de santé nous semble nécessaire. Nous avons longtemps tenté d'œuvrer en faveur d'une réécriture du texte et nous avons obtenu de minimes avancées, mais rien sur le tiers payant. Nous avons appelé le gouvernement à sortir de son intransigeance et écouter les propositions des professionnels, car il n'y avait pas eu auparavant de concertation. La rencontre avec le Premier ministre Manuel Valls, le 19 mars dernier, n'a pas permis le dialogue espéré. Au contraire, les négociations se sont enlisées. Désormais, la CSMF demande l'abandon pur et simple de la

loi. Nous avons l'obligation de nous battre contre cette dérive bureaucratique de l'exercice médical tant pour le tiers payant que pour la mise en place du Service public hospitalier (SPH). Cette loi limiterait la liberté des médecins mais aussi des patients. Le rôle donné aux assureurs complémentaires est en cause : ils ne doivent pas interférer dans le travail quotidien des médecins, qui doivent rester indépendants. Le tiers payant généralisé n'est pas la seule préoccupation de la CSMF, bien d'autres articles comportent des dangers potentiels : sur le SPH nous devons obtenir une déconnexion totale de cette étiquette pour l'application de dépassements d'honoraires en établissements et pour les autorisations. Nous devons redonner du pouvoir au corps médical au travers des CME et lutter contre l'étatisation du système au travers du tiers payant généralisé mais aussi de l'organisation de l'offre de soins, en défendant les organisations territoriales de professionnels de santé dans lesquelles les ARS ne viennent qu'en appui. Nous refusons le dépeçage du métier de médecin dans un but purement économique : il ne faut transférer des tâches qu'après une concertation de tous les acteurs et les expérimenter avant de les généraliser.

**Dr Eric Henry, président du SML**

Nous avons tenté au SML de participer aux réunions de concertation sur la loi de santé. Sans résultats ! Nous demandons désormais le retrait pur et simple de la loi, car nous restons convaincus, comme de nombreux professionnels de santé, que la loi, en l'état, est dangereuse, par l'étatisation qu'elle prépare, pour les fondements du système de santé et pour la médecine libérale. Elle place clairement les médecins sous la dépendance des financeurs, qu'ils soient publics ou privés, et signe sans le dire la fin du système conventionnel. Forts de cette conviction, certains de nos membres sont allés jusqu'au congrès du PS pour informer les militants des dangers de la loi. Nous soutenons toutes les actions de protestation et mouvements spontanés qui se sont formés partout en France.

**Dr Philippe Cuq, président du syndicat Le Bloc**

Au Bloc, nous demandons le retrait du projet de loi de santé depuis de longs mois. Nous soutenons les différents mouvements régionaux de protestation et invitons tous ces collectifs à s'unir à l'opération de blocage sanitaire que nous organiserons à l'automne 2015, avant le vote définitif du projet de loi en fin d'année.

Par ailleurs, les spécialistes du bloc opératoire partagent plusieurs revendications communes avec les médecins généralistes. Les tarifs de remboursement des actes les plus courants sont sous-valorisés par rapport aux coûts de la pratique et n'ont pas évolué en proportion avec l'évolution du coût de la vie ces vingt dernières années. La remise en cause des compléments d'honoraires par les pouvoirs publics et le refus de les financer par les organismes complémentaires menacent directement la viabilité financière de l'exercice libéral.

# IMPERTINENCE DES ACTES

Si au départ l'évaluation de la pertinence d'un acte visait l'objectif économique, la démarche est aujourd'hui hautement médicale et conduit la réflexion sur la qualité et la performance.



De gauche à droite : A Moreau (animateur), P Ulman, F Faucon, T Le Ludec, M Levy, C Régniez.

## RÉINTERROGER LES PRATIQUES POUR LE BÉNÉFICE DES PATIENTS

**Félix Faucon, chef de service à la DGOS**

Le thème de la pertinence des actes est arrivé en 2010 au moment où un milliard d'euros de trop avait été dépensé. Nous nous sommes rendu compte très vite que l'approche n'était pas seulement économique, que la pertinence ne nous aiderait pas à résoudre le problème de l'ONDAM, mais essentiellement médicale et que nous ouvrons un chantier de plusieurs années.

Nous avons alors observé toutes les atypies qui n'étaient pas homogènes. Certaines atypies ne sont d'ailleurs pas anormales et s'expliquent par les résultats d'une enquête médicale. Toutefois, une réinterrogation des pratiques était nécessaire. Il fallait reconsidérer le logiciel implicite des praticiens et équipes de soignants qui consiste à apporter une réponse identique dans un contexte identique.

Les atypies durablement non expliquées peuvent faire l'objet d'autorisations préalables.

Si au départ notre démarche était focalisée sur un criblage de 10 à 12 actes, nous sommes aujourd'hui dans une démarche globale de réinterrogation des pratiques collectives et pour le plus grand bénéfice des patients.

En juillet, nous diffusons pour avis notre rapport en direction des fédérations hospitalières avant transmission au Parlement.



## C'EST DANS L'INTÉRÊT DE TOUS DE FAIRE DES ACTES PERTINENTS !

**Thomas Le Ludec, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS.**

La Haute autorité de santé a été saisie pour élaborer des recommandations sur la pertinence des actes, sujet sur lequel nous travaillons assidûment depuis cinq ans. Comment une direction peut aborder ce sujet avec le corps médical de son établissement ?

Il faut en premier lieu : déculpabiliser ! La variabilité des pratiques est courante et même dans les établissements où nos recommandations sont appliquées à 50 %.

Les facteurs qui impliquent des variations sont nombreux : le patient, les habitudes du professionnel de santé, le défaut d'information, les réflexes de l'organisation. D'ailleurs, la non pertinence n'est pas l'abus d'actes mais son mésusage ou son insuffisance.

### « Choosing wisely »

Ce sont les milieux professionnels qui aux Etats-Unis ont produit 300 recommandations. Notre objectif à la HAS est en effet d'embarquer la profession dans son ensemble afin de lever les points de blocage. Pour cela, il faut outiller les professionnels de santé et évaluer les pratiques, montrer ce que l'on fait et ainsi donner confiance au patient et à ses troupes, ce qui passe déjà par les EPP, le DPC et dans sa dimension collective la certification.

Nous invitons les professionnels de santé à ne pas subir les priorités nationales mais d'être force de propositions. Jouons au jeu des 7 familles et questionnons-nous sur la pertinence : des actes diagnostics, des actes thérapeutiques, des médicaments, du séjour, du mode de prise en charge, du parcours.

Une tutelle est une sorte de police sanitaire mais surtout l'animateur d'un réseau.

## IL FAUT OBJECTIVER LES PRATIQUES

**Philippe Ulman, directeur de l'offre de soins à la CNAMTS**

A l'assurance maladie nous travaillons sur la pertinence des actes depuis l'an 2000. Réfléchir à la pertinence de l'acte ne vise pas à faire des économies, et d'ailleurs un acte pertinent peut générer des examens coûteux, ni à réduire l'acte mais s'assurer qu'il soit adapté. Il ne s'agit pas de faire moins mais de faire mieux. L'assurance maladie fonde ses recommandations sur celles du ministère.

Nous arrivons à faire bouger les professionnels lorsque les situations sont objectivées et que nous comparons leurs données avec celles de leurs pairs de leur territoire, et non pas au niveau national, car chacun pense être toujours particulier.

Nous avançons de façon très pragmatique, par exemple sur les actes d'appendicectomie et du canal carpien. Nous intégrons tout d'abord les recommandations de la HAS, travaillons sur des indicateurs, puis soumettons nos travaux aux sociétés savantes, faisons ensuite un retour des dossiers patients, et enfin restituons des éléments finaux aux établissements dans une démarche pédagogique sans se départir de notre objectif : faire changer les pratiques.

Fort de ces premières expériences, nous déployons le dispositif et abordons d'autres actes.

Enfin, nous réalisons qu'il ne suffit pas de parler avec les médecins, avant, après dans chaque ville et établissement mais qu'il faut également parler avec les patients, ce qui nous a poussés à produire un guide à leur attention.

## COMMENT CONTRACTUALISER POUR AUTRUI ?

**Christophe Régniez, président de la FHP Poitou-Charentes**

Les professionnels de santé ne peuvent que souscrire aux démarches de la HAS, l'assurance maladie, la DGOS. Notre problème est que le terrain est très différent : depuis 2012, nos tutelles nous parlent de pertinence avec un contrat d'objectifs et de moyens et des taux de recours, des sanctions. Il n'est donc pas possible de contractualiser sur ces bases-là et heureusement que nous avons obtenu des critères non opposables.

Nous avons tous à gagner à être pertinents dans nos actes de soins, une exigence qui consolide la légitimité de l'établissement mais il est très difficile dans les CPOM de contractualiser pour autrui et l'ARS ne connaît pas les praticiens libéraux de nos plateaux techniques.

Il faut sortir de la rigidité technocratique et ne pas aborder la question de la pertinence des actes par la contractualisation mais l'amélioration des pratiques. La pertinence nous est présentée comme une priorité pour faire des économies, certes, mais dans l'hospitalisation privée, nous avons d'autres idées pour faire de réelles économies !



## LA CANCÉROLOGIE DANS LE SECTEUR PRIVÉ

### AUTORISATIONS

# 500

C'est le nombre d'établissements de santé privés qui disposent d'au moins une autorisation en oncologie.

### PRISE EN CHARGE

# 50%

Près d'un patient atteint de cancer sur deux est pris en charge pour l'ensemble de ses traitements dans le secteur privé libéral.

### ACTES

# 52%

C'est le pourcentage des radiothérapies prises en charge par le secteur privé (32 % des chimiothérapies).

dialogue  
santé

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les deux mois. Juillet 2015. Directeur de publication : Ségolène Benhamou présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : © CocktailSanté, Philippe Chagnon. Caricaturiste FHP-MCO : Michel Hulin.

# LA FHP-MCO, LANCE L'OPÉRATION 1 000 RECOURS

2015  
OPERATION  
1000  
RECOURS

Début 2015, face à l'agressivité tarifaire, la FHP-MCO lance l'opération 1000 recours pour faire respecter l'équité de traitement.

Des recours seront systématiquement intentés lorsque :

- les décisions de l'ARS d'octroi ou de renouvellement des autorisations ne respectent pas l'équité de traitement entre les établissements ;
- les décisions de l'ARS d'attribution de subvention FIR ou AC ne seraient pas motivées ou seraient inéquitable ;
- les CPAM refuseraient de régler les factures complémentaires ou rectificatives.

## Créer un rapport de force juridique

« Je repars avec la conviction de votre adhésion à l'opération des "1 000 recours pour faire respecter l'équité de traitement", ainsi qu'avec l'idée, adoptée spontanément par l'auditoire, d'un "classement" des ARS vu par le filtre de nos établissements. La démocratie ne se portera que mieux si nos régulateurs se sentent surveillés par d'autres, et sous certains aspects nous sommes les clients des ARS, alors à nous de faire connaître notre (in)satisfaction. »

Ségolène Benhamou  
Présidente de la FHP-MCO



« Comment gérer un rapport de force ? », intervention de Laurent Combalbert, ancien officier négociateur au sein du Raid. « La performance collective est supérieure à la somme des performances individuelles ! »

### LA RÉGION PICARDIE EN ÉCLAIREUR

« Dès 2014, devant l'iniquité de traitement de l'ARS entre les deux secteurs de l'hospitalisation publique et privée, nous avons décidé avec le conseil d'administration de la FHP Picardie d'agir et nous avons choisi la riposte juridique car nous avons épuisé toutes les autres pistes de négociation. Nous savons les démarches juridiques longues mais nous croyons au droit. Nous avons décidé de les piloter avec la FHP-MCO et son service juridique qui les porte, cela nous évite sur notre territoire d'être en première ligne face à notre ARS », expliquait Vincent Vesselle, président de la FHP Picardie.

La FHP Picardie avec la FHP-MCO ont lancé une première vague d'actions contentieuses en juin 2014 et demandé l'annulation des arrêtés en tant qu'ils fixent l'allocation des dotations MIG et AC auprès du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, concernant 3 CH. Une deuxième vague de contentieux a été lancée en octobre 2014 pour demander l'annulation des arrêtés en tant qu'ils fixent et modifient les DAF, les AC, les FIR, concernant 14 CH. En 2015, deux nouvelles vagues de contentieux, en février et mars, sont d'ores et déjà lancées.

#### ANTI JARGON

ARS Agence régionale de santé

CPOM Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CSMF Confédération des syndicats médicaux français

DAF Dotation annuelle de financement

DPC Développement professionnel continu

EPP Évaluation des pratiques professionnelles

FIR Fonds d'intervention régional

GHT Groupement hospitalier de territoire

HAS Haute autorité en santé

MIG Missions d'intérêt général

ONDAM Objectif national des dépenses d'assurance maladie

SML Syndicat des médecins libéraux

SPH Service public hospitalier

### LE NORD- PAS-DE-CALAIS EMBOÎTE LE PAS

Si les établissements de santé privés souffrent d'un manque de reconnaissance en France, ceux du Nord-Pas-de-Calais doivent composer avec une région historiquement favorable au service public. Par exemple, le conseil régional a envoyé un courrier stipulant qu'aucune subvention ne serait versée à des établissements de santé dont les praticiens pratiquent des dépassements d'honoraires, ni à des GCS, sauf si le secteur public était largement majoritaire. Le CA de la FHP Nord-Pas-de-Calais décidait en avril 2015 d'entrer aussi dans la bataille juridique. « C'est une décision difficile que nous avons prise lorsque tous les autres recours ont été épuisés », déplore le Dr Catesson, président de la FHP régionale. La FHP régionale attaque sept décisions d'autorisation en oncologie données à l'hôpital alors même qu'il ne répond pas aux seuils réglementaires. Elle participe de plus à l'opération des « 1 000 recours pour faire respecter l'équité de traitement » pilotée par la FHP-MCO qui s'est emparée d'un dossier concernant les 31 allocations DAF et AC données arbitrairement par l'ARS pour un montant de 15 millions d'euros aux hôpitaux publics. « Quand nous avons lu les libellés de ces enveloppes 'aides à la trésorerie', 'aides à la réduction du déficit', etc. nous avons décidé d'y aller car, quand nos cliniques privées sont durablement en déficit, c'est le tribunal de commerce qui s'occupe d'elles, et rarement en les renflouant, contrairement aux hôpitaux qui, eux, peuvent compter sur les ARS pour les remettre à flot. Nous prenons notre part du travail en région mais le relais de la FHP-MCO nous aide dans ce travail juridique. »

### RHÔNE-ALPES RALLUME LES FEUX

La région Rhône-Alpes a dupliqué ce que la Picardie a impulsé en termes de recours, parce qu'indépendamment de la taille de la région, les difficultés restent les mêmes. En Rhône-Alpes, 90 % des crédits FIR sont des reconductions tacites et les 10 % restants sont alloués à des appels à projets ponctuels décidés par l'ARS et qui ciblent souvent certains établissements. « L'année dernière, nous nous étions mis d'accord avec l'Agence pour déposer des dossiers en ligne avec leurs actions prioritaires, mais nous avons obtenu zéro centime en fin d'année », constate Frédérique Gama, présidente de la FHP. L'Agence a certes joué la transparence avec la publication des bilans annuels relatifs aux financements détaillés, mais cela s'est arrêté là et les dernières publications ne permettent plus de faire le rapprochement entre établissement et financement. « Donc nous effectuons un travail de veille, de croisement de données, d'identification de variations, et nous avons formalisé le suivi des actes avec une astreinte journalière, de manière à étudier tous les arrêtés publics et privés qui sont publiés », explique Audrey Charlon-Tulipani, directrice régionale. Depuis le début de cette année, la présidente et la délégation régionale ont obtenu les pleins pouvoirs pour le dépôt de recours. « Notre motivation est d'ordre financière », explique Frédérique Gama « mais nos actions ciblent également les autorisations. Il faut qu'il y ait des feux qui s'allument partout, que ce mouvement devienne national. » La FHP Rhône-Alpes a entamé un premier recours contre un établissement ESPIC sur un régime de financement pour une autorisation non conforme. « D'autres suivront », assure la présidente.

# Cancérologie privée LA FILIÈRE EST-ELLE EN DANGER ?

DR DENIS FRANCK,  
PRÉSIDENT DE L'AFC-UNHPC

## NOUS SOMMES INCONTOURNABLES!

« Nous sommes dynamiques et nous nous distinguons par des délais de prise en charge courts, une organisation et des capacités de travail différentes et performantes.

Au niveau de la recherche clinique, nous sentons bien une nouvelle ère pointer pour le secteur privé. De nombreux établissements et centres de radiothérapie privés participent déjà activement à la recherche clinique et se sont organisés. Ils sont toutefois confrontés à un goulot d'étranglement au niveau des seuils et à la difficulté d'accès direct aux financements MER-RI. Cette problématique doit être discutée au niveau national. Dans certaines régions, le secteur libéral privé doit se regrouper au travers de GCS avec le secteur public pour avoir directement accès à ces financements. De plus, s'il faut s'impliquer dans la recherche, il ne faut pas oublier l'enseignement. Même si le secteur privé es-



Les centres de recours peuvent aussi bien être privés que publics.

suite souvent des refus de la part des facultés, sous couvert de la loi qui nous l'autorise, il ne doit pas s'interdire de former des internes et d'accueillir des thésards. On peut faire de l'enseignement, de la recherche et innover ! Il n'y a pas d'interdits et nous devons montrer aux ARS que nous sommes dynamiques, structurés, déterminés mais aussi incontournables. »

DR JÉRÔME VIGUIER, DIRECTEUR DU PÔLE ORGANISATION DES SOINS, INCA

## UNE NOUVELLE ÈRE DE DIALOGUE ENTRE L'INCA ET L'HOSPITALISATION PRIVÉE

« Nous nous réjouissons d'avoir renouvelé un dialogue avec la FHP qui avait pu être jugé jusqu'alors insuffisant. Le secteur privé a des points de force dans les prises en charge, notamment en ce qui concerne les délais et les articulations des différentes étapes du parcours du patient, et d'autres points de vigilance. Avec l'AFC-UNHPC, nous avons décidé de travailler sur les marges d'amélioration possibles afin de définir, dans la dynamique de la qualité de la prise en charge, les actions qui peuvent être menées en commun entre l'INCa et la FHP.



Le cancer a toujours été un terrain privilégié de régulation par la qualité et la sécurité

Bilan sur le dispositif des autorisations mis en place suite aux arrêtés et décrets de 2007. Après avoir étudié plusieurs scénarios possibles, par praticien, par équipe, la logique de seuil suivie en chirurgie, dans le dispositif d'autorisation, se rapporte à un établissement. Faut-il des critères d'activité minimums au delà de ce seuil ?

Des pertes d'autorisations peuvent avoir un effet domino sur l'ensemble de l'activité d'un établissement de santé, avec des conséquences importantes : moins de chirurgie, moins de radiothérapie, moins de chimiothérapie, donc un problème d'attractivité et une fragilisation de l'établissement. Les ARS doivent prendre en compte l'ensemble de ces éléments dans la gestion du dispositif des autorisations et les flux de praticiens et leur impact devront être mieux intégrés dans le futur dispositif. En ce qui concerne le respect des critères d'agrément, les principales difficultés notées portaient sur un certain nombre de points.

Le dispositif d'annonce est soit absent, soit partiellement mis en place ou non systématique. A également été pointée la remise d'un Programme personnalisé de soins (PPS). 46 % des régions ont signalé des problèmes concernant la Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), notamment pour ce qui est de la présence systématique d'un chirurgien à la RCP avec un quorum fixé et la fréquence des tenues de ces RCP. L'évaluation d'une « activité régulière » pour un chirurgien est souvent sujette à interprétation, ou encore la présence d'un médecin temps plein qualifié selon les critères fixés en cancérologie soulève des difficultés. A noter que les professionnels soulignent que la législation est « un peu mouvante » en ce qui concerne les compétences requises et la reconnaissance des qualifications des praticiens pour la chimiothérapie.

Pour la radiothérapie, on note peu de difficultés avec le dispositif d'autorisation avec seulement 5 % des centres qui étaient en deçà des seuils en 2012. Des difficultés ont été rencontrées également au niveau de la formalisation des conventions qui garantissent l'accès à certaines techniques, aux tumorothèques, techniques de plastie mammaire, etc.

Un des problèmes particuliers rencontrés dans la mise en place du dispositif d'autorisation, non abordés dans les critères de 2007, est l'exercice de la cancérologie sans autorisation qui, selon les cas, peut conduire à un arrêt d'activité.

Le Plan cancer 3 se concentrera particulièrement sur deux dispositifs : la consultation d'annonce et la remise d'un Programme personnalisé de soins (PPS).

L'hospitalisation privée, avec la moitié des prises en charge du cancer en France, a un rôle clé à jouer dans la mise en place du plan cancer 3, notamment en ce qui concerne l'objectif 2, point 3 : la garantie d'une prise en charge adaptée aux malades nécessitant un traitement complexe, quel que soit son lieu de résidence.

Avec le plan cancer 3, nous entamons avec la DGOS une nouvelle étape dans plusieurs domaines notamment par le questionnement de la pertinence des seuils. Nous allons réinterroger également la gradation de l'offre en cancérologie en prenant en compte le mail-

lage territorial et ce qui doit relever de l'offre de proximité, de même que la gradation des avis avec la garantie pour chaque malade de pouvoir bénéficier d'une RCP spécialisée afin d'éviter des orientations inadéquates, et ainsi avoir recours aux équipes spécialisées pour les situations particulièrement complexes et enfin bénéficier des nouvelles techniques et innovations pour éviter les pertes de chances.

L'accent sera également mis sur la transparence et le niveau d'exigence, avec la mise en place et la diffusion publique d'indicateurs de qualité, de sécurité et de délais entre étapes par types de cancer et par établissement. De même sera expérimentée une certification de parcours en incluant les praticiens, les équipes et les médecins de ville. Enfin les modalités d'adaptation et de modulation des seuils devront être encadrées afin d'éviter les décisions arbitraires ou surinterprétées, comme le montrent certaines failles du système actuel. »

DÉBORAH CVETOJEVIC, CHEFFE DE BUREAU PLATEAUX TECHNIQUES ET PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES AIGÜES, DGOS

## ANTICIPER, FAIRE ÉVOLUER, SIMPLIFIER

« L'activité de cancérologie évolue vite et nécessite d'être anticipée. Le dispositif d'autorisation de 2007 présente des limites et nous amène à repenser certains éléments de façon à mieux prendre en compte de nouveaux enjeux, comme par exemple celui de la radiologie interventionnelle qui s'est développée sans être totalement encadrée par des règles ni des tarifs. Les durées d'autorisation, notamment pour les activités nécessitant de forts investissements comme l'activité d'imagerie doivent également être questionnées, de même les seuils qu'il faut repenser en termes d'efficacité et le cas échéant de mutualisation. Nous sommes par ailleurs sensibles à l'équité d'octroi des autorisations et avons produit une instruction à l'attention des ARS dans ce sens, afin que d'éventuels critères arbitraires ne soient pas retenus, avec pour résultat une baisse sensible des recours l'an dernier introduits sur cette base.



On a tout à gagner à laisser un peu plus de liberté aux acteurs.

Il y a également nécessité à faire évoluer les régimes d'autorisation de façon à mieux prendre en compte les avis de la HAS dans une logique d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé avec l'article 51 prévoit une évolution des régimes. Pour l'imagerie, plusieurs réflexions sont en cours : il pourrait être envisagé une délivrance d'autorisations pour l'activité plutôt que pour l'équipement,

ce qui permettrait d'autoriser l'activité d'imagerie interventionnelle par ailleurs, qui est un gros enjeu pour les établissements.

Enfin, la simplification des procédures sera un grand chantier aussi, notamment pour les visites de conformité, le renouvellement des autorisations, les procédures de cessions et transfert d'autorisations pour faciliter les mouvements sur le territoire. Ce sont les principes qui gouvernent la réflexion de la DGOS et feront l'objet de travaux conjoints avec les différents partenaires en aval du vote de la loi de modernisation du système de santé au Sénat, en septembre 2015. Je rappellerai pour conclure le virage ambulatoire, grande orientation portée par notre ministre, pour lequel de nombreux établissements privés sont en avance de phase, et qu'il faut continuer à encourager. »

DR OLIVIER VIRE, MEMBRE DU COMITÉ D'ADMINISTRATION DU SYNDICAT DES MÉDECINS PATHOLOGISTES FRANÇAIS

## LES ENJEUX DE L'AVENIR DE LA PLATEFORME GÉNOMIQUE

L'accès à la génomique est un enjeu majeur pour le secteur privé avec le développement rapide des thérapies ciblées, de plus en plus appliquées en 1<sup>ère</sup> intention dans le traitement du cancer. Une étude directe sur les prélèvements tissulaires des anomalies génétiques présentes précise par des techniques de biologie/pathologie moléculaires, si ces tumeurs pourront bénéficier ou non d'une thérapie ciblée (théranostic). Fort de son secteur d'anatomie et de cytologie pathologique (ACP) libéral très dynamique, le secteur privé qui réalise environ les 2/3 des diagnostics de cancer, ne dispose paradoxalement pas de plateforme génomique financée, alors que 28 le sont dans le secteur public. Ceci implique un transfert des travaux pré-analytiques du pathologiste vers les plateformes en charge de l'analyse moléculaire avec pour conséquence l'impossibilité pour les pathologistes d'exercer leur rôle centralisateur sur l'ensemble du processus : traçabilité, contrôle des étapes, fiabilité des résultats. A ceci vient s'ajouter la question des seuils mais surtout celle de la lenteur et/ou l'absence de mise rapide à la nomenclature des tests de pathologie moléculaire avec des exigences qualitatives, dès lors qu'ils sortent de la recherche et du développement. Actuellement, trois actes de pathologie moléculaire sont à la nomenclature, alors que 10 dossiers sont en souffrance à la HAS depuis 2010. Alors que le plan cancer plaide pour une égalité des patients face aux thérapies personnalisées, l'absence de diffusion de ces techniques crée une inégalité de fait entre les patients : ceux qui sont pris en charge dans les secteurs privé et public sans plateforme et ceux qui sont pris en charge dans le secteur public avec plateforme intégrée avec contrôles pré-analytiques, délais raccourcis et comptes rendus intégrés. Enfin il y a aussi une inégalité entre les professionnels et structures qui y ont accès ou non. Alors une question se pose : est-ce que la pathologie moléculaire est le prémice de ce qui se trame et qui pourrait conduire à la disparition de l'activité de cancérologie du secteur privé ? Parce que ces plateformes jouent également un rôle clé dans la recherche clinique, domaine en expansion dans notre secteur, les intentions de notre secteur sont claires. Les pathologistes libéraux sont prêts pour la réalisation des tests de pathologie moléculaire dès lors qu'ils sortent de l'activité de recherche et rentrent dans la routine. Ils demandent l'accélération des mises à la nomenclature des actes de pathologie moléculaire conformément au rapport de la DGOS et plaident pour la reconnaissance de leur discipline qui doit garder la responsabilité de cette activité et non avoir un rôle « de postier », alors même que le pathologiste participe aux RCP. Le partenariat avec les plateformes INCa doit s'intensifier et l'INCa doit revenir à sa fonction princeps de recherche et de développement des tests. La SMPF pousse par ailleurs ses adhérents à rentrer dans une démarche d'accréditation afin d'attester de la qualité de l'activité de pathologie libérale.



Si le système des plateformes de biologie moléculaire perdure, alors oui la filière cancérologie libérale est en danger.

# recherche clinique RETOURS SUR ENQUÊTE

DR DOMINIQUE JAUBERT, MEMBRE  
DU BUREAU AFC-UNHPC

## DES CENTRES PRIVÉS ENGAGÉS DANS LA RECHERCHE CLINIQUE

« La recherche clinique va devenir de plus en plus complexe. Les essais reposeront à l'avenir sur des patients présélectionnés et sur des anomalies moléculaires prédictives avec la nécessité de pouvoir accéder aux plateformes identifiant ces cibles. Il était donc important de faire un état des lieux de la recherche clinique en secteur libéral afin de montrer que de nombreux centres privés sont déjà structurés et qu'ils représentent une force d'inclusion dans les essais cliniques en particulier multicentriques. En janvier 2015, l'AFC-UNHPC et la FHP-MCO ont réalisé une enquête sur un échantillon de 41 établissements concernant leurs initiatives en matière de recherche clinique en oncologie. Premier constat : la notoriété des services de cancérologie des établissements de santé privés ne fait pas débat, à en croire la file active moyenne de 1150 patients et plus de 780 nou-



La structuration du secteur en est à ses débuts.

veaux patients par an recensés. La qualité des soins, le volume d'activité et le dynamisme des équipes motivent 73 % des établissements privés à créer une structure dédiée à la recherche clinique. 1 2 3

« La structuration du secteur en est à ses débuts », estime le Dr Dominique Jaubert, membre du bureau de l'AFC-UNHPC. La démarche n'est pas aisée, à commencer par le statut juridique de la structure. Plus de la moitié des établissements interrogés ont opté pour l'associatif, et seuls 10 % de ces centres ont un projet de rapprochement avec leurs pairs. 4 5

Cependant, les établissements se montrent extrêmement volontaires : 47 % des établissements ont plus d'un ETP d'attaché de recherche clinique (ARC) et un tiers des centres les finance lui-même, sans co-financement. « Les équipes sont motivées et n'attendent ni obligation, ni soutien de l'Etat, elles avancent et cherchent souvent des financements après le démarrage du projet ! » déclare le Dr Dominique Jaubert. En effet, seuls 63 % des centres sollicitent des financements et presque 26 % participent au programme MERRI. Une demande de financement sur deux est faite auprès des laboratoires, 27 % utilisent des outils fiscaux et 17 % des centres répondent à des appels à projets INCa, DGOS. 6 7 8 9

Actuellement dans le secteur privé, il y a en moyenne 19 essais de recherche clinique en cours par centre. Notons que 8 % des centres pilotent plus de 51 essais. 10 11



De gauche à droite : Dr Artignan, Dr Denis, Dr Souchois, Dr Briquet.

## TABLE RONDE : LES ENJEUX DE LA RECHERCHE CLINIQUE

La recherche clinique est une porte d'entrée pour les patients afin d'avoir accès à des thérapeutiques innovantes, parfois non encore accessibles pour le plus grand nombre et ce, quelle que soit la taille de la structure. Elle permet à des équipes médicales de construire la cancérologie de demain dont l'évolution est très rapide. Selon le Dr Xavier Artignan du groupe Vivalto Santé, « On va être bloqué demain car il va y avoir des molécules intéressantes qui ne seront accessibles qu'au travers de la recherche clinique, donc si on n'y participe pas, on ne va pas pouvoir en faire bénéficier les patients. » Pour le Dr Fabrice Denis du Centre Jean-Bernard au Mans « Les laboratoires n'ont qu'un seul critère : le nombre d'inclusions dans un essai précédent. Si vous incluez de nombreux patients dans un essai, vous aurez accès en avant première, avant les CHU, à des molécules en phase 3 très ambitieuses, et non pas à des essais observationnels. On observe une fuite de patients vers des centres qui offrent ces inclusions et ce type de screening. » Les enjeux sont de taille et les règles sont claires. En effet, une fuite de patients vers des centres proposant de nouvelles molécules est à craindre, de même le refus d'agrément pour la formation d'internes. « Pour obtenir des internes, dans 85 % des cas, c'est l'élément recherche clinique qui a été l'élément fondateur auprès des doyens dans le programme pédagogique. On a un levier formidable, qui demain nous fera gagner »,

précise le Dr Philippe Souchois du groupe Générale de Santé. D'où l'importance de franchir les obstacles, se structurer et obtenir des financements. La Générale de Santé a créé un département dédié à la recherche clinique pour l'ensemble du groupe, ainsi qu'un GCS, afin d'atteindre les seuils et pouvoir avoir des financements MERRI. En 2015, pour la 1<sup>ère</sup> fois, elle était le seul opérateur privé à en obtenir. Selon le Dr Souchois, « plus on inclut, plus on publie, plus on a de chances d'obtenir des financements », car ce qui est rémunéré, c'est la publication, pas l'inclusion. Le groupe Vivalto Santé a créé un fonds de dotation et un GCS pour pouvoir accéder aux MERRI. Dans le privé on inclut beaucoup mais on publie peu, donc il faut aider les praticiens à publier en mettant à leur disposition d'autres moyens que les ARC : des biostatisticiens, infirmiers, secrétaires, traducteurs, pharmaciens, qualitatifs, informaticiens, etc. Pour le Dr Emmanuel Briquet du groupe Vivalto Santé : « Cela relève de la politique du groupe d'accompagner les praticiens dans la publication. Avec peu de moyens, vous allez susciter des volontés. » Un autre challenge de la recherche clinique est de s'étendre à d'autres domaines que l'oncologie. Tous rappellent que la profession peut participer mais aussi initier. Nous sommes dans une mondialisation de la recherche clinique, d'où l'importance d'avoir des structures fortes et très organisées. Il n'y a pas d'autre choix que d'aller de l'avant sinon disparaître.

### 1. La file active



### 2. Nombre de nouveaux patients



### 3. Structures dédiées

**73 %**  
des établissements interrogés possèdent une structure dédiée

Parmi eux 51 % la partagent avec d'autres établissements

### 4. Le statut juridique



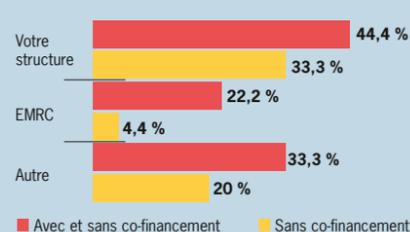
### 5. Projet de rapprochement



### 6. ETP d'attachés clinique



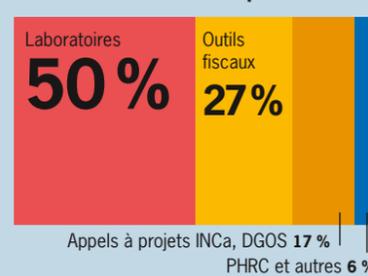
### 7. Mode de financement des ARC



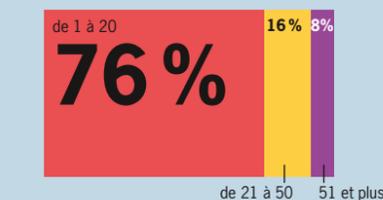
### 8. Financements dédiés à la recherche



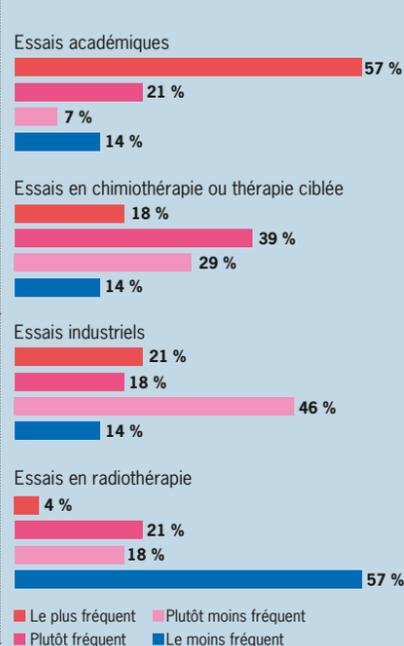
### 9. Le financement dédié à la recherche clinique



### 10. Nombre d'essais ouverts



### 11. Fréquence des essais au cours des 5 dernières années



dialogue  
santé



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

SUPPLÉMENT AU N° 18, JUILLET 2015

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

www.fhpmco.fr