

APRÈS LA SIGNATURE DE L'ACCORD
LE POINT DE VUE DES ORGANISATIONS SYNDICALES



PATIENTS
CONNECTÉS



PRÉSIDENT DE GME
Docteur Aquitter président du CHP Saint-Grégoire (35)

Signature de l'accord NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES, ET APRÈS ?



éditorial
Ségolène
Benhamou

Présidente
FHP-MCO

Cette signature n'est pas un blanc-seing donné au ministère de la Santé et à l'Assurance maladie.

Dans un contexte de crise budgétaire persistant, le rapport de force avec l'État se durcit. Pourtant, vos organisations syndicales ont emporté les négociations conventionnelles avec une enveloppe de plus d'un milliard d'euros. Bravo !

Les cinq syndicats conventionnels, la CSMF, le Bloc, la FMF, le SML et MG France, décidaient de jouer collectif et créaient dès avril une plateforme commune de revendications. Réfléchir à partir de vos dénominateurs communs était une stratégie raisonnable, mais qui n'a pas été sans frustration pour certains, les médecins généralistes étant les principaux bénéficiaires de ces négociations.

La signature de l'accord par trois des cinq organisations syndicales (MG France, le Bloc, la FMF) a suffi pour l'entériner. Deux (la CSMF, le SML) l'ont refusé.

C'est un rattrapage et non une augmentation.

On ne rappellera jamais assez que le secteur 2 a été créé pour pallier l'incapacité de l'Assurance maladie à financer correctement l'activité médicale. Les dépassements sont bien des compléments d'honoraires aux tarifs bloqués depuis des décennies. Et les augmentations obtenues lors des négociations conventionnelles représentent bien des rattrapages tarifaires. Les avancées de cette Convention 2016 sont significatives et répondent à des demandes historiques. La ténacité paye.

Quel avenir pour le système de santé ?

Cette signature n'est pas un blanc-seing donné au ministère de la Santé et à l'Assurance maladie. Les débats ont été denses partout au sein de vos organisations. Fallait-il donner la priorité à l'amélioration immédiate de vos conditions financières d'exercice ? Ou au contraire, cultiver une opposition politique forte pour œuvrer en première ligne à la reconstruction de notre système de santé et porter une vision à long terme ? Changer un système depuis l'intérieur ou agir librement depuis l'extérieur ?

Comme vous, nous aurions souhaité une enveloppe supplémentaire pour les cliniques et hôpitaux privés. Comme vous, nous rêvons d'un système de santé repensé dans ses fondements, assurant une équité de traitement des acteurs et un financement à la hauteur de leurs missions. La demande d'abrogation de certaines dispositions de la loi de

modernisation de notre système de santé, bien plus dangereuses à long terme (Service public hospitalier, groupements hospitaliers de territoire...), est un préambule indispensable qui nous unit. Je vous souhaite une excellente lecture. ■

Question à Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance maladie

En quoi la convention médicale répond-elle aux enjeux actuels de santé ?

La nouvelle convention médicale contribue à améliorer les conditions d'exercice des médecins pour les aider à répondre aux enjeux que sont le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, d'abord en valorisant mieux le rôle et la place du médecin traitant mais aussi en créant, pour la plupart des spécialités, des consultations tenant compte de la complexité des situations cliniques.

Elle favorise également l'accès aux soins des patients, aussi bien sur le plan géographique en proposant plusieurs dispositifs incitatifs à l'installation des médecins dans les zones en tension démographique, que sur le plan financier avec l'adaptation du dispositif d'encadrement des dépassements d'honoraires afin de le rendre plus simple et attractif.

La rémunération sur objectif de santé publique des médecins est renouvelée, avec de nouveaux indicateurs de prévention et de suivi des pathologies chroniques. Enfin, la convention médicale soutient les évolutions de l'organisation des soins pour développer une médecine de parcours et une meilleure coordination des interventions, en développant des outils comme le dossier médical partagé et la messagerie sécurisée. Si l'accent est mis sur la médecine de premier recours, plusieurs mesures de la convention concernent également les médecins spécialistes, en particulier ceux exerçant en plateau technique lourd.



À partir de juin 2017, de nombreux actes pratiqués par les chirurgiens ou les gynéco-obstétriciens seront revalorisés, ainsi que certains actes d'anesthésie lourds nécessitant la présence de l'anesthésiste durant toute la durée de l'intervention. La complexité des actes réalisés en urgence en plateau technique lourd a également été prise en compte, avec

une revalorisation au 1^{er} janvier 2018 des modificateurs d'urgence de nuit et le dimanche, ainsi que de certains actes pris en charge en urgence de jour.

Au-delà de ces mesures tarifaires, les spécialistes s'engageant dans une maîtrise de leurs dépassements pourront adhérer à l'un des deux contrats créés – l'OPTAM et l'OPTAM CO. En remplacement du contrat d'accès aux soins, l'OPTAM permettra à tout médecin de secteur 2, quelle que soit sa spécialité, de bénéficier d'une rémunération annuelle spécifique s'il respecte ses engagements de maîtrise des dépassements.

Réservée aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique, l'OPTAM CO assurera au médecin respectant ses engagements une majoration directe de ses tarifs.

Enfin, la nouvelle convention marque une nouvelle dynamique d'actualisation de la CCAM, en mettant en place des travaux de maintenance dès 2017 afin de prendre en compte les nouvelles pratiques médicales et l'innovation thérapeutique.

Dr Philippe Cuq, président du Bloc

« NOUS AVONS PRIS NOS RESPONSABILITÉS »

Avant de parler du fond, il faut s'exprimer sur la forme de ces négociations conventionnelles. Depuis mars pour finir en août, nous sommes entrés dans des discussions interminables : plus de trente réunions ! Une telle perte de temps, d'argent et d'énergie existe-t-elle dans un autre secteur ? Il est évident que nous pourrions travailler de façon beaucoup plus simple, plus pragmatique et loyale.

Ensuite, le contexte de cette convention 2016 est particulier car tout d'abord nous avons négocié avec Nicolas Revel, nouveau directeur de l'Assurance maladie et successeur de Frédéric Van Rookeghem, mais surtout parce que, lorsqu'elle sera appliquée, l'actuelle ministre de la Santé ne sera probablement plus aux affaires. C'est une convention de fin de mandat qui arrive après quatre années de politique humiliante pour les médecins libéraux avec une loi anti libéraux.

Des avancées significatives

Il y a trois niveaux de motivation à la signature du Bloc. Précisons que Le Bloc détient 70 % des suffrages du collège 2 aux URPS qui représente les praticiens des plateaux techniques. C'est avec ce poids-là que nous sommes entrés en discussion conventionnelle et nous avons obtenu des avancées significatives. D'un point de vue technique : répondre de façon urgente à des demandes historiques de la profession. Le Bloc a obtenu :

- le maintien du secteur 2. Nous l'oublions souvent, mais nous étions inquiets sur ce point. Le secteur 2 reste donc en l'état, sans aucune contrainte supplémentaire.

- la reconnaissance des urgences de jour. Le U était à zéro, il est aujourd'hui à 80 euros. Cela concerne aussi les établissements qui ne disposent pas de service d'urgence dès lors que le patient n'est pas transportable. S'ajoute une revalorisation du bonus de nuit. Ces deux points sont une grande victoire politique car la prise en charge des urgences est un cheval de bataille pour le secteur privé. Au fond, c'est une reconnaissance de nos missions en désaccord avec l'esprit de la loi de santé.

- la valorisation de modificateurs chirurgicaux pour 270 actes régulièrement pratiqués. Par exemple, le K passe de 11,5 à 20 %.

- la suppression du contrat d'accès aux soins (CAS) et remplacement par l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM). Ce nouvel outil est indiscutablement plus souple. On peut par exemple y entrer ou en sortir quand on veut. Toutefois, nous restons très réservés sur son évolution.

Ces avancées techniques sont, pour la première fois, claires et nettes !

D'un point de vue syndical : se donner les moyens d'empêcher la suppression du collège 2.

La loi Touraine prévoit en 2020 la suppression du collège 2 au sein des URPS, celui-là même qui représente les praticiens des plateaux techniques. Dans

ce contexte grave, on se doit d'être un interlocuteur incontournable, signer permet d'asseoir notre représentativité. Le Bloc est une organisation qui dispose d'une représentativité sortie des urnes. Notre voix doit rester forte et pérenne. Enfin, d'un point de vue politique : rester dans le système pour œuvrer au changement.

Toutes les raisons de ne pas signer

Les humiliations permanentes de Mme la ministre nous donnaient toutes les raisons de ne pas signer. Mais la santé dans les mois de campagne qui viennent ne sera pas au devant de la scène. Dans le contexte social, économique de



Cette signature n'est pas la hache de guerre enterrée, bien au contraire !

notre pays qui s'interroge sur le « vivre ensemble » suite aux attentats, nous aurons droit à tous les débats sauf celui sur la santé. C'est malheureux. Il n'y aura pas de grand soir de la santé en mai 2017. Donc nous voulons rentrer dans le système pour agir. Les négociations conventionnelles existent depuis 1971, les ministres valsent. Mais

nous, au Bloc, nous voulons être des acteurs du changement et pour cela il vaut mieux être dans le système que marginalisés. En mai prochain, nous serons au cœur du système et là nous voulons un changement. Il faudra impérativement nettoyer la loi de santé et modifier les contrats responsables des mutuelles. La dérégulation que les patients découvrent à leur dépens – une augmentation de leurs cotisations et une diminution de leurs remboursements – est le résultat de la politique Touraine. Il faudra aussi nettoyer du poids de l'État les futures négociations et les libéraliser.

Le conseil d'administration des trois structures qui composent Le Bloc – Union des chirurgiens de France, AAL et le Syngof –, ainsi que celui du Bloc ont voté à l'unanimité pour une signature de la convention. Cette signature n'est pas la hache de guerre enterrée, bien au contraire ! Je rappelle que Le Bloc était le seul syndicat en octobre 2012 à s'opposer à l'avenant 8 qui reste une erreur historique, et l'organisateur des premières manifestations contre la loi Touraine. Nous n'avons donc aucune leçon de morale ni de détermination à recevoir de quiconque. Nous avons simplement pris nos responsabilités.

Après l'accord PAROLES DES SYNDICATS

Au fil de ce feuilleton des négociations conventionnelles qui aura duré six mois, les cinq syndicats conventionnels – Le Bloc, la FMF, le SML, MG France, et la CSMF se sont tous posés les mêmes questions. Faut-il donner la priorité à des améliorations immédiates des conditions financières d'exercice ? Cultiver une opposition politique forte sur le temps long ? Changer le système de l'intérieur ou agir librement depuis l'extérieur ? Ils y ont répondu au final de façon différente. Le Bloc, la FMF et MG France signaient la convention.

Dr Jean-Paul Hamon, président de la FMF

« C'EST TOUT SAUF UNE SIGNATURE DE SOUMISSION ! »

On a regardé ce qu'il y avait sur la table. La gauche en mal de réélection mettra plus qu'une droite fraîchement réélue. Ceux qui ont fait le calcul de ne pas signer pour mettre la santé au cœur du débat présidentiel se trompent lourdement car dès que la campagne sera lancée, il ne sera question que de sécurité et de chômage. Le pari que nous avons fait est qu'étant à l'intérieur de la citadelle et en signant la convention, position tout à fait nouvelle pour la FMF, nous pourrions être davantage écoutés qu'en restant dehors. La majorité de l'assemblée générale extraordinaire du 21 août a été courte : 53 % des votants pour, 47 % contre.

L'assemblée générale qui s'est tenue les 1^{er} et 2 octobre a permis de clarifier la situation et désormais, 100 % des adhérents sont avec nous pour continuer le combat !

La convention n'est pas la loi. La FMF reste féroce opposée au tiers payant généralisé, à la violation du secret médical. La FMF a déposé un recours contre l'Optam au Conseil d'État. La discrimination dans le remboursement des patients est inacceptable. Notre cellule juridique est plus que jamais active.

Plateformes territoriales d'appui, GHT, les médecins libéraux sont menacés de tous les côtés. Demain, les GHT auront

la main sur l'hospitalisation à domicile, les réseaux. 1,4 milliard pour les médecins libéraux contre 2,4 milliards pour les plateformes d'appui, soit disant pour faciliter le travail des libéraux : ces 2 chiffres reflètent le poids de l'administration.

Pragmatiques

Notre décision de signer a été pragmatique. Les avancées obtenues ne sont pas structurantes. Les titres de la plateforme libérale ont été repris mais le forfait structure est vide. 350 euros pour favoriser la maîtrise de stage est indécent et insuffisant pour inciter les médecins à faire découvrir la médecine libérale aux internes.



Si nous n'obtenons pas ce que nous souhaitons nous nous retirerons.

La revalorisation des soins non programmés est insuffisante pour vider les urgences et inciter les libéraux à investir.

Incontestablement, il eût été plus confortable de ne pas signer. La FMF a pris le risque de ne pas être comprise mais la suite prouvera que cette signature n'est pas une soumission et surtout cette signature n'est pas indélébile. Si nous n'obtenons pas ce que nous souhaitons nous nous retirerons.

Dr Eric Henry, président du SML

« LE COMPTE N'Y ÉTAIT PAS »

Quatre principales raisons ont présidé à notre refus de signer la convention.

La première est que l'équité entre généraliste et spécialiste, préalable des assises inter-syndicales, n'est pas effective. Nous voulions que le C soit à 25 euros pour toutes les professions et tous les secteurs. Or les secteurs 2 et les médecins qui n'ont pas signé le contrat d'accès aux soins sont exclus.

Nous souhaitons ensuite réviser les forfaits, ce qui, pour l'essentiel, a été refusé et en plus le nouveau forfait patientèle condamne les généralistes de secteur 2.

Nous voulions troisièmement créer un principe de consultations complexes et ainsi obtenir une rémunération au réel temps passé pour les multimedicaux, les dossiers compliqués et les consultations longues. La CNAM a refusé cette option. Nous avons alors proposé une autre solution qui était d'ouvrir le DE à la demande du médecin et de prévoir alors un complément d'honoraires pour ces consultations complexes. Bien que cette solution eût été à la charge des mutuelles, la caisse s'est encore opposée.

Enfin, la quatrième est que cette convention était inacceptable pour les médecins de SOS, pour les médecins à expertise particulière et pour les médecins spécialistes cliniques en secteur 1 à qui l'accès au C2 ainsi qu'à l'OPTAM et OPTAM CO est interdit. Ils sont donc nombreux les grands oubliés de cette convention...

Une plus grande liberté

Est-ce que l'OPCAM est une solution ? La CNAM semble contente du changement des critères d'éligibilité qui devraient lui permettre de faire monter les statistiques. En donnant une plus grande liberté peut-être intéresseront-

ils plus de médecins ? Nous verrons à l'usage si les médecins apprécient...

Par contre nous sommes plutôt satisfaits de l'OPCAM CO qui renforce le paiement à l'acte. Nous restons en revanche très déçus de ne pas avoir pu renforcer les liens entre les généralistes et les spécialistes grâce à une valorisation du parcours de soins, une idée retenue seulement dans le cas d'urgence. Au final, je n'ai encore rencontré aucun médecin qui s'estime gagnant dans cette convention. Il la considère plus comme un rattrapage mais pas plus.

Courage aux signataires

Demain, je souhaite du courage aux signataires alors que l'UNOCAM vient de refuser de s'engager sur les 150 millions d'euros de financement complémentaire à l'Assurance maladie, sans compter que le calendrier de mise en œuvre reste des plus flous, ainsi que sa faisabilité, même si l'Ondam a été corrigé dans l'urgence.



Un ministre de la Santé libérale serait du plus bel effet...

Le refus des principes de base que nous avons proposés traduit la philosophie dogmatique du gouvernement.

Nous voulions écrire une nouvelle façon de travailler entre la caisse, le médecin et le patient. Au final, cette convention répondra à la seule problématique des médecins généralistes traitants.

La ministre de la Santé, Marisol Touraine déroule sa politique : loi de santé puis convention. Nous dénonçons cette manipulation.

L'objectif du SML est maintenant la présidentielle : faire inscrire la santé en troisième position des sujets de la campagne présidentielle après l'emploi et la sécurité. Nous voulons convaincre le prochain président de notre pays que la médecine libérale est la clef de la réussite en santé.

Le mot « libéral » revient à la mode et reprend toute sa dignité puisqu'il est dorénavant cité dans de nombreux programmes et c'est pourquoi je reste positif et que je crois à un sursaut réel des décideurs de demain.

Le SML appelle à une gouvernance libérale des territoires de proximité et à une plus grande implication du monde libéral dans les décisions gouvernementales.

Un ministre de la Santé libérale serait du plus bel effet...

Dr Claude Leicher, président de MG France

« UNE REVALORISATION HISTORIQUE »

Cette convention a été construite à cinq syndicats, à partir de réflexions communes en préalable aux négociations et nous avons entériné deux axes : une équité de traitement entre spécialités et la sauvegarde de notre régime complémentaire de retraite, l'avantage social vieillesse (ASV), en péril sur le plan financier.

Nous avons obtenu l'équité de traitement pour les généralistes et le maintien du régime ASV garanti par un financement aux deux tiers par l'Assurance maladie. Ensuite, nous avons obtenu quatre niveaux de rémunérations qui vont, notamment pour les généralistes, de 25 euros par consultation à 70 euros, qui est la valeur la plus élevée en termes de nomenclature. La création d'un forfait structure est actée. Il s'agit d'un forfait de base auquel s'ajoutent des éléments optionnels. Prendre en charge ces missions lui permettrait d'obtenir 4500 euros par an. Ce n'est pas un niveau suffisant par rapport à nos ambitions et nous travaillons à augmenter ce forfait structure, notamment pour les médecins qui exercent dans des zones en déficit démographique.

Par ailleurs, nous avons obtenu une souplesse d'organisation et de visibilité de la ROSP. La protection sociale des médecins est aussi améliorée et les cotisations seront prises en charge en partie par l'Assurance maladie. Enfin, nous créons un groupe de

travail pour répondre aux demandes des professionnels qui veulent être traités avec plus de respect par leurs caisses.

Une revalorisation historique

Le montant de cette négociation s'élève à 1,3 milliard d'euros, le plus élevé que les médecins aient jamais obtenu.

Plus des trois quarts sont destinés aux médecins généralistes. Une somme conséquente est prévue pour les praticiens exerçant au bloc opératoire et des mesures concernent les autres spécialités. C'est une réelle avancée car les revenus des généralistes, rapportés à

l'heure de travail, sont 78 % en dessous des autres spécialités. L'équité de traitement demandée dans la plateforme intersyndicale est enfin démarrée, mais il reste beaucoup à faire. La crise démographique qui frappe notre profession justifie que des moyens spécifiques soient apportés aux soins de premier recours, portant notamment sur la prise en charge à domicile des patients dépendants et sur les structures de soins. C'est pourquoi MG France rappellera prochainement sa demande de fonds d'investissement sur les soins primaires au gouvernement et aux candidats à la présidentielle et aux législatives.



La protection sociale des médecins est aussi améliorée.

Dr Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF

« UNE CONVENTION CLIVANTE »

C'est la première fois depuis 20 ans que la CSMF ne signe pas une convention car la tradition de la confédération est conventionniste.

Même si l'augmentation du C à 25 euros est une avancée, cette convention est clivante car elle exclut des spécialités entières, tout particulièrement les spécialités médico-techniques. La CSMF proposait de créer quatre niveaux de tarifs pour mettre fin à une multitude incompréhensible de tarifs. Notre volonté de voir une consultation valorisée sur son contenu, donc en fonction de la lourdeur de l'acte, a été complètement dénaturée. On aboutit aujourd'hui à un mouton à cinq pattes qui concerne certaines spécialités et qui en exclut d'autres.

Nous avons demandé à revoir la CCAM mais nous n'avons pas été entendus. Or les tarifs des actes techniques sont bloqués et nos charges augmentent. Nous aboutissons donc mécaniquement à

une dévalorisation de l'acte médical. On ne peut pas gérer une entreprise médicale sans visibilité.

La CSMF défend tous les médecins, elle ne peut accepter de donner à certains et de refuser à d'autres. Les revalorisations sont concentrées sur le secteur 1, et de leur côté les actes en secteur 2 sont moins bien pris en charge par l'Assurance maladie qui, en se dégageant, augmente l'inégalité d'accès aux soins. Dans ce dernier cas, ce sont, le médecin et le patient, qui sont pénalisés. Ce système est dogmatique et la convention est un élément du puzzle de la politique de la ministre Marisol Touraine.

Porter le débat sur le terrain politique

La CSMF a présenté un *new deal* en juin dernier qui est notre projet politique du système sanitaire de demain. Il sera présenté à tous les candidats de la campagne présidentielle et la position de chacun sur ces propositions sera publiée. Quel que soit le prochain ministre de la Santé, le dossier de la médecine libérale reste ouvert grâce à la non signature de la CSMF, premier syndicat des médecins libéraux.



On ne peut pas gérer une entreprise médicale sans visibilité.

BLOCAGE

LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES REFUSENT DE SIGNER LA CONVENTION AVEC LES MÉDECINS

Pour boucler les accords qui régissent le financement des praticiens libéraux signés par trois syndicats et la CNAM fin août, il manque l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM)... qui refuse d'abonder à hauteur de 150 millions le financement complémentaire de l'Assurance maladie, un engagement pourtant pris en 2012 lorsque l'avenant 8 était acté. L'UNOCAM ne souhaite pas renouveler une nouvelle convention pour 2016-21 au regard de « l'incertitude sur la définition des modalités de financement du forfait patientèle médecin traitant d'une part et l'importance des montants demandés aux organismes complémentaires d'Assurance maladie d'autre part ».

MATERNITÉS PRIVÉES EN PÉRIL

ON FERME

119

C'est le nombre de maternités privées restantes. 84 ont fermé leurs portes entre 2003 et 2014. 31 départements ne disposent plus de maternités de statut privé.

ON PERD

25%

C'est la part de marché du secteur privé (50 % en 1975). Le nombre d'accouchements a diminué en un an de 1,33 % dans le secteur public, et de 5,24 % dans le secteur privé.

ON PAYE

70/80%

C'est le taux de gynécologues-obstétriciens / de pédiatres libéraux qui proposent également un accès en secteur 1. L'assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) des 1735 gynécologues-obstétriciens libéraux en France est passée de 25000 à 40000 euros par an.

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. Novembre 2016. Directeur de publication : Ségolène Benhamou présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : © Tristan Paviot, CHP Saint-Grégoire.

Sources : FHP-MCO

INNOVATION



La start-up Télécom Santé recevait un premier prix lors de l'Université d'été de la FHP le 20 septembre 2016.

PRÉSIDENT DE CME



Patient connecté

DEUX ASSISTANTS NUMÉRIQUES PRIMÉS

L'application e-fitback accompagne le patient avant, pendant et après son séjour. Ambu-Track géolocalise le patient au fil de son parcours en ambulatoire.

63 start-up participaient au premier Challenge de l'innovation piloté par la Fédération de l'hospitalisation privée, un chiffre révélateur de l'engouement pour la santé. Deux entreprises étaient primées, Nouvéal dans la catégorie « Quels nouveaux services proposer au patient connecté avant, pendant et après son hospitalisation ? » pour son application e-fitback ; Télécom Santé dans la catégorie « Services digitaux pour améliorer l'organisation des personnels et l'activité de la clinique » pour Ambu-Track.

La durée de prise en charge d'amont et d'aval augmente paradoxalement avec l'ambulatoire et e-fitback propose de mieux structurer et faciliter les échanges entre la clinique et le patient. La pré-admission administrative en ligne réduit les erreurs comme le

temps d'attente et améliore la fluidité au sein de la clinique. L'application propose ensuite une préparation cognitive et médicale : questionnaire et check list permettent de valider les antécédents médicaux et une visite virtuelle des lieux où le patient doit

se rendre est suggérée. Le jour J, un kiosque services permet de se changer les idées. Enfin, de retour au domicile, qui mieux que l'établissement pour gérer la relation à distance avec les patients interroge la start-up ? L'application permet donc d'effectuer le suivi et l'évaluation post-opératoire avec la collecte de données physiologiques en temps réel. En cas de complications, des scores algorithmiques déclenchent un système d'alerte et un contact précoce avec la clinique est ainsi facilité. Les protocoles de soins ne sont pas figés mais adaptables par les équipes et l'interopérabilité avec les autres outils informatiques est prévue. Les retours des sites pilotes sont très positifs, trois quarts des patients, y compris les seniors, utilisent l'application lorsqu'elle est proposée.

Géolocalisation

Ambu-Track est une solution de suivi du parcours de soins du patient en ambulatoire. Grâce à une géolocalisation en temps réel, les équipes soignantes savent à tout moment à quelle étape du parcours en ambulatoire se trouvent leurs patients : admission, salle d'attente, vestiaire, zone de brancardage, bloc opératoire, salle de réveil, box. Cette traçabilité des patients améliore d'une façon générale la qualité et la sécurité des soins. Le temps d'attente des patients et des équipes soignantes diminue, tout comme le stress de chacun !

INSTALLATION SÉLECTIVE DES MÉDECINS REÇUS DES DÉPUTÉS

Les députés rejettent le conventionnement sélectif des médecins libéraux lorsqu'ils s'installent dans des zones déjà fortement médicalisées. L'amendement d'Annie Le Houerou qui remettait en cause la liberté d'installation des praticiens n'a pas été retenu. Il conditionnait l'installation dans ces zones d'un nouveau médecin au départ d'un autre médecin. Une mécanique que connaissent déjà bien les infirmiers et les sages-femmes, et que vont découvrir les chirurgiens-dentistes et les kinésithérapeutes.

Dr Acquitter, président de CME du CHP Saint-Grégoire (35)

Que signifie pour vous être président de CME ?

Malgré la charge de travail que représente la présidence de la CME, avec des réunions en interne, avec les tutelles au niveau régional et national lorsqu'il s'agit de réunions médicales groupe, j'occupe ce poste avec plaisir car je me sens en quelque sorte redevable vis à vis de mon établissement qui nous apporte beaucoup en retour. Les médecins de notre clinique sont tous actionnaires et les médecins du groupe détiennent 35 % des actions réservées aux médecins en activité uniquement. C'est un élément important lorsqu'il s'agit de peser sur les décisions, qui ne sont pas seulement d'ordre médical. Chez nous, le président de CME, mais aussi les autres médecins, ont un rôle tampon avec l'administration et sont proches des équipes qui souvent leur demandent d'interférer pour elles. Nous avons par ailleurs la chance d'avoir une grande liberté pour ce qui est des décisions médicales, des recrutements et des investissements, ce qui fait que le président de CME entretient un dialogue continu et productif avec l'administration.



Le CHP Saint Grégoire est en tête des classements du Point depuis 7 ans, avez-vous une recette miracle ?

Notre clinique a choisi de suivre ce que notre PDG Daniel Caille appelle la 3^e voie. C'est un modèle qui laisse une grande place à l'actionnariat médical et qui vise le développement de l'activité « en faisant différemment pour faire mieux » : l'innovation, le digital, les nouvelles formes de prise en charge avec l'ambulatoire, la récupération rapide après chirurgie, l'accompagnement du retour à domicile avec Vivalto Dom, Vivalto sport, etc. Notre groupe a relevé le pari de se lancer dans la recherche et nous sommes dernièrement devenus éligibles à des financements pour l'innovation et avons des attachés de recherche clinique à plein temps au sein du groupe. Cet environnement est naturellement stimulant. Nous profitons d'un confort de travail, d'investissements réalisés pour faciliter notre exercice, d'acquisition de matériel médical dépassant le million d'euros par an, nous accueillons des internes, etc. C'est une recette qui marche et nous sommes d'ailleurs passés de 650 à plus de 800 salariés ces cinq dernières années. Nous essayons d'être vraiment innovants dans chacun de nos projets mais en fin de compte, c'est l'implication de chacun qui fait que cela marche.

