



# Rapport d'activités 2013

TRANSPARENCE  
ÉQUITÉ  
RECONNAISSANCE  
RESPECT  
ÉVALUATION



# édito

## Transparence – Équité Reconnaissance – Respect – Évaluation



LAMINE GHARBI  
PRÉSIDENT  
DU SYNDICAT  
FHP-MCO

### Notre combat est nécessaire parce qu'il est légitime

Une fois par an, il nous appartient de vous rendre des comptes sur l'activité de notre syndicat, sur les moyens que nous mettons en œuvre pour vous accompagner et pour vous défendre et surtout sur les résultats que nous obtenons. C'est l'objet de ce rapport.

Les équipes travaillent. Tout d'abord, vos élus. Membres du bureau ou administrateurs, ils sont assidus, pilotent des commissions de travail ; informés des dossiers, ils sont en capacité de décider en connaissance de cause. Ensuite notre équipe expérimentée à Paris, pilotée par Thierry Béchu. Vos sollicitations sont grandissantes, nous y voyons une marque de confiance ; nous y répondons de façon rapide et individuelle. Depuis cinq années déjà, nous développons un relationnel étroit avec les tutelles. Le travail de la FHP-MCO est solide et reconnu. Ecouter, comprendre,

travailler ensemble pour agir, voici notre feuille de route.

Le syndicat FHP-MCO a conquis son espace. Nous restons animés par la légitimité de notre combat, celui de la reconnaissance politique de notre secteur qui passera par un financement juste et équitable.

Notre secteur a déjà signé un pacte de responsabilité avec la France. Nos entreprises de soins sont des interlocuteurs sociaux majeurs, des acteurs sanitaires indispensables et des organisations économiques performantes. La FHP-MCO vous accompagne dans un environnement extrêmement contraint et au fil d'une évolution nécessaire de notre secteur. Défendre votre quotidien et anticiper l'avenir est notre devise. Le cœur de la FHP-MCO (se) bat pour vous.  
Bien amicalement.

**Ecouter, comprendre,  
travailler ensemble  
pour agir**

PAGE 4

## L'ACTIVITÉ DES PÔLES

PAGE 26

## LES GRANDS DOSSIERS

PAGE 40

## SYNDICATS PARTENAIRES

PAGE 45

## LES TEMPS FORTS

PAGE 53

## LA VIE SYNDICALE

PAGE 59

## ANNEXES

# Plus de 5,9 millions de séjours

**67 000 lits**

et places au sein  
des 575 établissements MCO

**130**

structures d'urgences

**2,3**

millions de patients  
accueillis en urgence

**25 %**

des patients CMU,  
CMUC, AME

**42 000**

médecins exercent  
au sein des cliniques  
et hôpitaux privés

**152 000**

infirmier(e)s, sages-  
femmes, aides-soignant(e)s,  
administratifs, hôteliers

**27 %**

de l'offre MCO

**Médecine**

**2,3**

millions de séjours  
en médecine

**Chirurgie**

**3,4**

millions de séjours  
en chirurgie

**54 %**

des séjours chirurgicaux

**66 %**

de la chirurgie ambulatoire

**Obstétrique**

**25 %**

des naissances en cliniques  
et hôpitaux privés

**CANCÉROLOGIE**

**46 %**

de la chirurgie carcinologique

**31 %**

des séances de chimiothérapie

**INSUFFISANCE RÉNALE  
CHRONIQUE**

**2 millions**

de séances d'hémodialyse,  
soit 35 % de part de marché

**10,7  
milliards**  
d'euros, chiffre d'affaires  
du secteur privé MCO

# Les indicateurs généralisés de qualité des soins

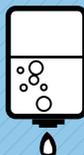
Le recueil obligatoire d'indicateurs a débuté en 2004 dans le cadre de la lutte contre le risque infectieux, avec la publication du « Tableau de bord des infections nosocomiales » (TBIN). En 2008, il s'est élargi avec les « Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », dits « Ipaqss ».



## ICALIN 2

INDICE COMPOSITE DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

**77 %** des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A (premier rang) ou B (second rang).



## ICSHA 2

INDICE DE CONSOMMATION DES PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES

**87 %** des cliniques MCO de plus de 100 lits et **85 %** des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A.



## ICATB

INDICE COMPOSITE DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

**90 %** des cliniques MCO de plus de 100 lits et **94 %** des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A.



## Score agrégé

**88 %** des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A (le meilleur score)  
**83 %** des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A.





# L'ACTIVITÉ DES PÔLES

ÉCONOMIQUE  
JURIDIQUE  
COMMUNICATION

# Les activités économiques

**L**e pôle économique de la FHP-MCO compte deux économistes : Laure Dubois et Thibault Georgin. Leurs principales missions sont la diffusion aux adhérents des informations concernant l'évolution du modèle de financement des activités MCO ; la représentation de la profession au sein des réunions techniques organisées par la tutelle ; la gestion et l'animation, en lien avec les pilotes, des commissions de travail internes au syndicat ; et la transmission de données d'activité pour permettre aux établissements d'affiner leur positionnement. La campagne tarifaire est un sujet central pour le pôle économique tant en amont pour la préparation de la campagne tarifaire à venir, qu'en aval pour évaluer les impacts des nouveautés introduites pour les établissements et faire remonter aux tutelles les difficultés rencontrées.

## LE TRAITEMENT DES QUESTIONS DES ADHÉRENTS

En 2013, le pôle économique a répondu à plus de 350 questions « adhérents » réparties ainsi :

- 50 % des questions concernent les tarifs et la facturation. Elles ont notamment porté sur les réformes de la campagne tarifaire 2013 comme le coefficient prudentiel ou le dépistage de la surdité,
- 11 % des questions portent sur les données PMSI. Ces questions sont chronophages et nécessitent un travail sur les bases de données PMSI ou SAE (taux de fuite, données d'activité, tableaux de bord, etc.),
- 7 % des questions concernent le codage PMSI et la cotation CCAM. Les thèmes principaux abordés sont les consignes de codage (diagnostics ou actes CCAM) dans une situation donnée, le fonctionnement de l'algorithme de groupage ou encore les ICR,
- le reste des questions, 31 % , entre dans la catégorie « Autres ». Dans cette catégorie,

Toutes les dépêches sont accessibles sur le site [www.fhpmco.fr](http://www.fhpmco.fr)

Le pôle économique a rédigé

**80**  
dépêches

Le pôle économique a répondu à près de

**350**  
questions « adhérents »

**50 %**  
des questions concernent le tarif et la facturation

la majorité des questions concerne les dossiers MIGAC, le FIR, le projet IFAQ (Incitation financière à l'amélioration de la qualité) ainsi que la démarche de la CNAMTS d'accompagnement des établissements MCO sur les données T2A (MMHT2A).

## LES DÉPÊCHES ÉCONOMIQUES FHP-MCO

Informers les adhérents et les délégations régionales de l'actualité concernant le financement contribue à améliorer la défense des établissements. Ainsi, en 2013, le pôle économique a adressé 80 dépêches à l'attention des adhérents de la FHP-MCO. Nous nous sommes attachés à ce que les informations transmises soient intelligibles pour la personne qui aborde le sujet pour une première fois, et que la personne en charge du sujet y trouve une synthèse des nouvelles modalités techniques.

Les thématiques traitées furent :

- le financement et la tarification des établissements : 49 dépêches ont informé les adhérents concernant les mises à jour de la liste LPP, la publication des rapports ministériels, les circulaires de la campagne tarifaire de l'année en cours, le financement des MIGAC, les informations relatives aux bonnes pratiques de codage de l'ATIH, l'expérimentation IFAQ, ou encore la mise en place du coefficient prudentiel,
- l'actualité de la fédération : 31 dépêches ont été consacrées à l'organisation des réunions du Club des soins palliatifs, du Club des médecins DIM et de la journée thématique MIG – FIR.

## TABLEAUX DE BORD

Dans le cadre de nos activités d'études et de défense du secteur de l'hospitalisation privée ainsi que de votre accompagnement, nous exploitons quotidiennement les bases PMSI soit en répondant à vos demandes, soit en organisant des retours de tableaux de bord.

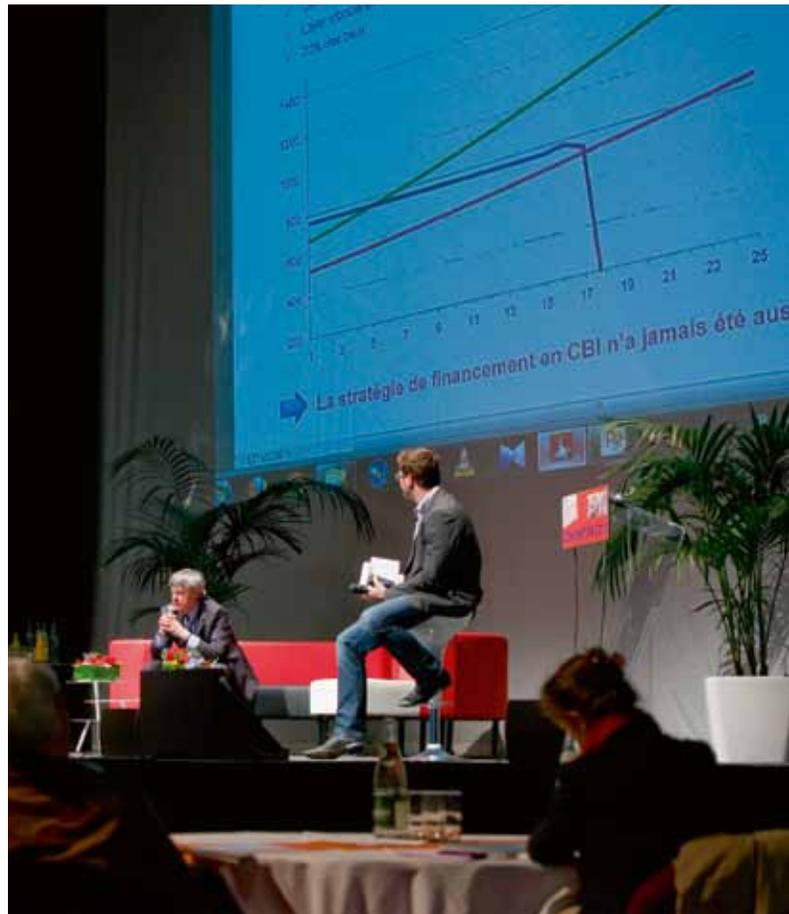
Nos équipes utilisent d'ores et déjà les bases que nous communiquent l'ATIH et réalisent des synthèses ad hoc en fonction des besoins des établissements, de nos campagnes de communication ou de dossiers présentés aux tutelles à des fins de valorisation et de défense des structures de l'hospitalisation privée (taux de fuite, étude sur des thématiques spécifiques, chiffres sectoriels, taux de ré-hospitalisation ; calcul de file active de patients en cancérologie. Elles réalisent par ailleurs des bilans d'activités sous forme de tableaux de bord permettant la réalisation d'un benchmark individualisé pour chaque établissement (positionnement de l'établissement par rapport aux établissements de sa région et de sa catégorie juridique, indicateur de performance, benchmark, parts de marché).

Concernant les tableaux de bord, les données agrégées (au niveau de l'établissement, régional, national et sectoriel) sont transmises aux directions d'établissement ou des autres personnes concernées (TIM, DIM).

Cette année, trois envois ont été effectués.

Le premier envoi concerne les évolutions tarifaires de la campagne 2013. Les simulations ont été réalisées sur les données du PMSI de votre établissement. Le fichier présente les évolutions du chiffre d'affaire des GHS de l'assurance maladie en prenant en compte à la fois les évolutions tarifaires, mais également l'effet des bornes hautes et basses, les co-morbidités associées et les changements de groupage.

Le deuxième envoi concerne les données de médecine et de chirurgie en ambulatoire de votre établissement. Afin d'être en phase



avec les dernières évolutions de campagne (incitations tarifaires et suppressions de bornes basses), nous avons travaillé à partir de données suivant la classification 2013. Les tableaux de bord présentent par type de prise en charge et par pathologie (gestes marqueurs de la CNAMTS, GHM à tarif unique,...) :

- le positionnement de l'établissement au sein de sa région et de son département,
- les principales évolutions constatées,
- le potentiel de substitution immédiat, c'est-à-dire le nombre de séjours potentiellement réalisables en ambulatoire.

Le troisième envoi dresse le bilan d'activité de votre établissement. Ces tableaux privilégient des thématiques plus transversales de prise en charge. Les tableaux de bord présentent :

- l'évolution du nombre de prise en charge pour les séances de dialyse et de chimiothérapie, ainsi que pour les différents niveaux de sévérité,

- les indicateurs de performance pour chaque activité de soins (MCO),
- la décomposition des activités de médecine et chirurgie par sévérité, en termes de volume de prise en charge, de part de marché et de performance.

Pour chaque envoi, nous vous transmettons également une note méthodologique relative à la lecture de ces données ainsi qu'à leur élaboration.

## **REPRÉSENTATION DANS LES INSTANCES : LES FICHES RÉFLEXES ÉCONOMIQUES**

Le pôle économique a rédigé 37 fiches réflexes correspondant aux réunions organisées par les tutelles. Celles-ci ont été adressées aux administrateurs de la FHP MCO, ainsi qu'aux présidents et délégués de région, permettant d'améliorer la représentation du syndicat dans les différentes instances du secteur de la santé. De nombreux sujets d'actualité ont été traités et permettent de présenter l'état d'avancement des dossiers.

## **Groupe expert financement à la qualité - IFAQ (DGOS, HAS, COMPAQ)**

Ce groupe s'est réuni huit fois en 2013 pour avancer dans la conception du modèle IFAQ. Les travaux ont porté sur le calcul des scores d'excellence et d'effort, la transformation des résultats des indicateurs en points, l'agrégation et la pondération des composantes, ou encore la simulation financière. A mesure de l'avancée de ces travaux, le groupe s'est régulièrement réinterrogé sur le choix des composantes retenues dans l'expérimentation. Les documents d'information et l'organisation du colloque, qui s'est tenu le 13 décembre 2013, pour les établissements expérimentateurs, ont également été à l'ordre du jour. Enfin, la première partie de l'analyse qualitative a été menée au cours de l'année 2013.

## **Comité technique MCO (ATIH)**

Le comité technique MCO a pour mission de traiter les sujets techniques en lien avec la description et la valorisation de l'activité MCO notamment au travers de la classification des GHM. L'ATIH y expose les travaux techniques qu'elle mène en vue des campagnes à venir. Les travaux 2013 pour la classification 2014

ont principalement porté sur les séjours comportant de la radiofréquence (hépatique, ou sur la grande veine saphène), l'allergologie ou les TAVI. Les travaux sur les TAVI font suite à une demande de la FHP-MCO, la création d'une racine pour les Bio prothèses aortiques n'ayant pas permis de solutionner tous les cas. L'ATIH a également débuté des travaux sur la chirurgie ambulatoire et les niveaux de sévérité, ces travaux n'ayant pas vocation à aboutir pour la campagne 2014. Concernant le recueil, les fédérations ont été interrogées sur une proposition de typage des diagnostics basé sur la notion « Présent à l'admission/ non présent à l'admission » et de typage sur la remontée du terrain du patient. Enfin, citons la présentation du nouvel outil OVALIDE qui réorganise les tableaux de description, contrôles et valorisation des données PMSI présents jusqu'alors dans les outils « MAT2A », « DATIM » et « Tests de non-conformité ».

## **Sous-groupe « Diagnostics associés » (ATIH)**

Ce sous-groupe est issu du comité technique MCO. Les sujets traités concernent la définition des diagnostics, la veille sur les problèmes de codage, et le typage des diagnostics. Notons qu'il s'est peu réuni en 2013 notamment du fait de la réorganisation de l'ATIH. Il a tout de même poursuivi ses travaux sur les définitions de codes diagnostics en lien avec les définitions proposées par les sociétés savantes concernées. Ce travail sur la définition de codes diagnostics à l'aide de référentiels validés par les sociétés savantes va dans le sens d'une demande de la FHP-MCO sur le respect par l'assurance maladie de ces référentiels.

## **Comité de pilotage MCO (DGOS)**

Présentation de la campagne tarifaire 2013. Cette rencontre a été consacrée à la présentation des grands équilibres et des orientations de la politique tarifaire 2013 : taux d'évolution des tarifs, décret coefficient prudentiel, présentation de la classification et des arrêtés prestations, présentation des principes de la construction tarifaire 2013, présentation des orientations envisagées pour la campagne tarifaire 2014 en fin d'année 2013.

## Dr Philippe Tourrand, pilote de la commission *Réanimation/surveillance continue/USI*

### « Comparaison TISS 28 et I-TISS : nous souhaitons entrer dans une démarche d'anticipation construite et intellectuellement saine. Nous sommes désormais armés pour défendre nos établissements sur ce sujet. »



« Les modalités actuelles de tarification des Unités de Surveillance Continue (USC) permettent la facturation de 50 % des séjours chirurgicaux alors qu'environ 75 % des séjours médicaux sont facturables. Les patients nécessitant une surveillance continue lourde n'ont pas automatiquement des pathologies graves et inversement. De nombreuses questions concernant la charge en soins, auxquelles nous n'avons pas de réponses, se posent, telle qu'une évaluation de chaque séjour ou globale de l'unité de surveillance continue. Rappelons que les USC peuvent accueillir des patients de réanimation durant 48 heures et que la diversité des autorisations ou reconnaissances d'activités impacte les organisations internes des établissements ; ceci ne facilite pas la discrimination des séjours en USC selon les cliniques. Plusieurs scores mesurent la gravité des patients de réanimation et, en France, nous utilisons en routine l'Indice de Gravité Simplifié (IGS). De nombreux scores mesurent la charge en soins dont, parmi ceux-ci, le TISS-28 et l'I-TISS. Les sociétés savantes françaises souhaitent élaborer un nouveau score de charge en soins dont la validation sera longue et il n'intégrera probablement pas les incidences économiques, car ces

dernières n'entrent pas dans les premières préoccupations de la SFAR et de la SRLF.

Pour disposer rapidement d'une vision économique de l'activité des USC, le ministère annonce l'utilisation d'un indice composite à l'horizon 2017 et il privilégie l'I-TISS. Ce dernier score de charge de soins est plus complet mais également plus lourd en temps à collecter et beaucoup plus complexe à mettre en œuvre que le TISS-28. En 2012, la commission FHP-MCO « Réanimation, surveillance continue et soins intensifs » a réalisé un gros travail sur le TISS-28. Ce score, relativement simple à calculer, vise à mesurer la charge en soins infirmiers dans une USC et de nombreux articles de la littérature le valident. 70 établissements volontaires ont participé à l'expérimentation qui a couvert 2207 séjours médicaux et chirurgicaux ainsi que 10 182 scores pour une DMS de 4,6 jours. Le score était calculé quotidiennement durant toute l'hospitalisation en USC sur une période maximum de 10 jours. Nous avons constaté que le calcul du score à J1 est un bon reflet de l'ensemble du séjour en USC. Compte tenu des souhaits du ministère, il est urgent d'être une vraie force de propositions, voire, si nécessaire, d'opposition. Nous souhaitons entrer dans une démarche d'anticipation construite

et intellectuellement saine.

C'est pourquoi, la commission a décidé de produire un nouveau travail technique solide permettant à notre syndicat d'arrêter et défendre une position justifiée et argumentée. Nous avons lancé une étude comparative du TISS-28 et de l'I-TISS concernant uniquement des USC chirurgicales. 22 établissements inclus dans la première étude TISS-28 ont participé à cette nouvelle enquête prospective très lourde à gérer. Je dois les remercier grandement. Ce travail, reprenant la même méthodologie que l'étude précédente, analyse les scores quotidiens TISS-28 et I-TISS, en parallèle, sur une durée limitée au maximum à 5 jours. 633 séjours chirurgicaux et 2 176 scores ont été collectés. Les résultats seront présentés à la commission qui en tirera les conclusions en mai 2014. Dès à présent, nous pouvons dire qu'il existe une cohérence avec l'étude précédente sur le TISS-28 ainsi qu'une corrélation entre le TISS-28 et l'I-TISS. Personnellement, je privilégie le TISS-28 qui est un outil beaucoup plus simple à mettre en œuvre que l'I-TISS. Après les conclusions de la commission, le syndicat FHP-MCO sera mieux armé pour défendre nos établissements. »

## **Groupe opérationnel relatif aux dispositifs médicaux implantables (DGOS)**

L'objet de ce groupe est d'exposer les travaux concernant la recommandation d'inscription et de radiation des dispositifs médicaux de la liste en sus. Il permet ainsi aux fédérations d'avoir une visibilité sur les risques de radiation de dispositifs médicaux de la liste en sus. Dans un premier temps, pour déterminer quels dispositifs médicaux étudier, la DGOS s'est fixé des axes d'analyse à savoir, le prix du dispositif, l'impact budgétaire de la réintégration et la durée d'inscription du dispositif. Après application de ces axes d'analyses, huit classes de dispositifs médicaux ont été à l'étude en 2013, pour une réintégration dans les GHS pour 2014, soit potentiellement plus de 300 codes LPP. Trois de ces classes ont été jugées éligibles à la réintégration pour la campagne 2014.

## **Observatoire CCAM (assurance maladie)**

Le but poursuivi par cet observatoire est de faire un suivi trimestriel des dépenses de l'assurance maladie sur les actes réalisés par les praticiens. L'observatoire permet également de faire remonter les difficultés terrain des praticiens en ce qui concerne le codage de la CCAM. Parallèlement à toutes ces missions, des études sur les praticiens ou sur certaines prises en charge sont effectuées (profil sociodémographique, patientèle...).

## **Évolution de la méthodologie des ENCC (ATIH / DGOS)**

L'Étude nationale de coût à méthodologie commune a pour objectif de produire un référentiel afin de hiérarchiser les coûts des GHM et donc des tarifs. En 2009, la FHP-MCO avait pris la décision de boycotter ces travaux. Ce mouvement a été largement suivi et a permis d'obtenir des avancées de la part de nos interlocuteurs. Un programme de travail a été défini et porté auprès de la DGOS et de l'ATIH. Celui-ci comprend les recommandations issues des travaux internes de la FHP-MCO élaborées notamment avec le partenariat de KPMG, ainsi que la construction d'une échelle commune de référence de coûts.

D'autres renforcements méthodologiques sont actuellement portés par la DGOS car ils visent à terme à l'objectivation des dépenses publiques défendue par la Commission européenne.

(Justification au premier euro - JPE). Cette objectivation est nécessaire pour justifier des financements. Cependant, cette approche a été pour partie remise en cause par l'IGF préconisant une approche sur les coûts les plus efficaces et non sur les coûts moyens.

En 2013, le programme de travail a permis une harmonisation méthodologique des différentes études de coût. Des travaux concernant l'incorporation de l'investissement, la mesure de la charge en soins, ainsi que les coûts des services de réanimation et d'urgences sont en phase d'élaboration.

## **Étude du programmé/non programmé (ATIH)**

Les travaux de ce groupe visent à quantifier le surcoût éventuel des séjours non programmés (patients arrivés via les urgences,...) par rapport aux autres séjours. Compte tenu des problèmes de fiabilité de l'information, les fédérations ainsi que l'ATIH envisagent d'incorporer cette thématique dans l'ENC. A terme, un financement spécifique de l'activité non programmée pourrait voir le jour.

## **ENC dialyse (ATIH)**

Une enquête sur les coûts de la dialyse hors centre avait été effectuée en 2012. Cette première étude n'avait porté que sur les résultats de structures FEHAP. La FHP-dialyse n'avait pas souhaité en 2012 participer à cette enquête en raison des décisions tarifaires prises sans attendre les résultats de cette enquête. En 2013, des débats portant sur la méthodologie ont rassemblé les deux fédérations concernées. La DGOS a souligné sa détermination à conduire des travaux cette fois sur la dialyse en centre et hors centre. Des décisions seront une nouvelle fois prises en matière tarifaire. Selon la DGOS, ces décisions peuvent être prises de manière éclairée par des travaux consolidés et partagés, ou, prises de façon moins robustes en l'absence de participation des professionnels aux travaux.

## **Financement MERRI (DGOS)**

Le secteur de l'hospitalisation privée émerge dorénavant sur les MERRI, notamment pour l'accueil des internes. Des travaux visant à la dynamisation et à l'objectivation de l'allocation de cette dotation sont en cours. La DGOS souhaite sécuriser ces enveloppes notamment par la justification au premier euro.

### Financement des activités de « recours exceptionnel » MERRI (DGOS)

Un fléchage via le PMSI ouvre droit à ce financement MERRI. La FHP-MCO participe aux travaux de re-modélisation du modèle de financement. La DGOS souhaite à terme mieux quantifier les problèmes de sous-valorisation des activités éligibles à ce financement.

### MIG « précarité » (DGOS)

Pour 2014, la modélisation incorporera un critère géo-populationnel. Des expérimentations sont en cours concernant l'utilisation de diagnostics associés précarités via un groupe de travail de l'ATIH.

### Diffusion des données ATIH aux fédérations : une charte discutée avec l'ATIH

L'objet de celle-ci est de définir entre les fédérations signataires, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et la Direction générale de l'offre de soins, les modalités de communication des informations financières (RSFA, RSFA STC), des données des retraitements comptables et comptes financiers et des données de simulation financière produites dans le cadre des campagnes budgétaires.

La transmission de ces informations par l'ATIH aux fédérations est soumise aux conditions de recueillir l'accord exprès des établissements concernés, et d'obtenir un taux de réponses positives des établissements de chaque fédération jugé satisfaisant pour que les données soient exploitables.

L'accord des établissements est recueilli par les plateformes idoines, il est demandé au responsable légal de l'établissement de répondre aux questions suivantes :

- à quelle(s) fédération(s) adhérez-vous ?
- autorisez-vous l'ATIH à diffuser vos données financières de l'année en cours à la ou aux fédérations d'établissements à laquelle ou auxquelles vous adhérez ? oui/non
- autorisez-vous l'ATIH à diffuser vos données financières aux autres fédérations d'établissements ? oui /non

La signature de cette charte doit intervenir en 2014.



Pendant le club Soins palliatifs, en décembre 2013.

# Les activités juridiques

**L**e pôle juridique de la FHP-MCO compte deux juristes, Fatiha Atouf et Pauline Menchon. Leurs missions principales sont de diffuser aux adhérents les informations juridiques, d'assurer un rôle de représentation au sein des réunions techniques et de conduire les travaux et études sur les évolutions du droit sanitaire. Les sujets abordés cette année ont concerné l'organisation sanitaire et notamment le nouveau CBUM. La mise en place de la nouvelle organisation et du financement de la permanence des soins a également fait l'objet d'une attention particulière.

Le service juridique a également été mis à contribution dans le cadre du choc de simplification, initié par le président de la République, pour participer à la rédaction des propositions de simplification émanant du secteur.

Le droit des usagers a été suivi avec soin et s'est concrétisé par la tenue de notre quatrième congrès des usagers et des associations de santé, événement désormais bien installé avec une forte participation.

## LE TRAITEMENT DES QUESTIONS DES ADHÉRENTS

Au cours de l'année 2013, le pôle juridique a répondu à près de 800 questions des adhérents. Ces questions nécessitent une réelle expertise juridique sur les normes sanitaires. Il s'agit également d'accompagner les établissements dans la vie de leurs autorisations d'activité mais également dans les différents contentieux auxquels ils sont confrontés.

Droit des usagers, contrôles T2A, application de la TVA, recours à l'encontre des décisions de l'ARS, demande de financement MIGAC, normes de fonctionnement sont autant de thématiques sur lesquelles le pôle juridique a accompagné les établissements.

Le pôle juridique a répondu à près de **800** questions « adhérents »

**50** dépêches émanant du pôle juridique ont été adressées

## LES DÉPÊCHES JURIDIQUES FHP-MCO

Informers les adhérents et les délégations régionales de l'actualité juridique contribue à améliorer la défense des établissements. Au 31 décembre 2013, 50 dépêches émanant du pôle juridique de la FHP-MCO ont été adressées. Ces dépêches suivent l'actualité juridique.

Elles ont notamment porté sur les modalités de mise en œuvre du nouveau CBUM et de l'élaboration d'un rapport d'étape, sur les fonds d'intervention régional (FIR) ou encore sur les modalités d'indemnisation de la PDS des médecins salariés en cliniques et hôpitaux privés.

Toutes les dépêches sont accessibles sur le site [www.fhpmco.fr](http://www.fhpmco.fr)

## REPRÉSENTATION DANS LES INSTANCES : LES FICHES RÉFLEXES JURIDIQUES

Le pôle juridique prend part à de nombreuses réunions de travail organisées par les tutelles. Il rend compte de ces réunions par des fiches réflexes qui précisent la liste des participants, l'ordre du jour ou encore font état des décisions prises, ou de l'avancé des travaux. Ces fiches constituent de véritables outils de veille stratégique sur les orientations à attendre dans le secteur sanitaire. Elles sont accessibles aux administrateurs FHP-MCO, ainsi qu'aux présidents et délégués de régions.

Au cours de l'année 2013, 13 fiches réflexes ont été communiquées par le pôle juridique. Elles avaient notamment pour objet les indicateurs I-SATIS, la dématérialisation des certificats de décès ou encore les contrôles T2A réalisés au sein des établissements.

## LES TEMPS FORTS ET ENJEUX JURIDIQUES

### Les contrôles T2A

Ces réunions « contrôles T2A » ont notamment été l'occasion de faire un point sur le dispositif mis en place par la DCCRF de la CNAMTS, depuis 2009, permettant aux fédérations de saisir la CNAMTS en cas de contestation de la part des établissements vis-à-vis des contrôles effectués. A ce sujet, la CNAMTS a invité les fédérations à poursuivre dans ce sens, car ces saisines semblent éviter les poursuites de contentieux sur le terrain.

### Le bordereau S3404

Suite aux sollicitations de la FHP-MCO, pas moins de cinq réunions se sont tenues avec la DGOS et la CNAMTS afin d'aboutir à la suppression du bordereau papier et permettre un envoi électronique simple. Lors de ces réunions, la FHP-MCO a dressé les contraintes administratives du double envoi électronique et rappelé que la réglementation n'exige qu'un seul format.

L'administration a opposé à cette demande des obstacles qu'elle a présentés sous trois aspects :

- aspects juridiques tenant à la responsabilité et à la preuve des actes inscrits dans le bordereau,
- aspects techniques tenant à la création de signatures électroniques pour les directeurs d'établissement,
- aspects techniques relatifs à la question des pièces justificatives des molécules onéreuses et/ou des dispositifs médicaux implantables.

La CNAMTS a fait état de moyens limités pour faire aboutir cette simplification administrative et annonce un délai de 3 à 5 ans pour aboutir à la dématérialisation complète du bordereau S3404. Ce délai prévisionnel clairement insatisfaisant a conduit **la FHP-MCO à intégrer cette demande au projet de déclaration sur les orientations de la Convention d'objectifs et de**

### BILAN COMPARATIF : 19 SAISINES DE LA CNAMTS PAR LES FÉDÉRATIONS DEPUIS 2009 (SOURCE : CNAMTS)

FHF	0
FHP-MCO	10
UNICANCER	3
FEHAP	0
FNEHAD	6

### 8 AVIS FAVORABLES À L'ÉTABLISSEMENT, 11 AVIS FAVORABLES AUX ÉQUIPES DE CONTRÔLE (SOURCE : CNAMTS)

Avis favorable	MC	Établissements
Essais clinique phase 1	✓	
Ttt par radiofréquence...		✓
Endoscopie digestive en HDJ...		✓
Codage par assimilation...	✓	
Affection liée à une complication...	✓	
Actes soumis à entente préalable	✓	
Acte avec anesthésie		✓
Suite d'un transfert d'une UHCD...	✓	✓
Dénutrition...	✓	✓
Actes externes...	✓	
Soins palliatifs	✓	✓
Chirurgie de la main...	✓	
SRC...		✓
Instillation vésicale	✓	✓
IGS	✓	✓
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>8</b>

Source : CNAMTS

### gestion de la CNAMTS par la voix du MEDEF

La FHP-MCO porte ce dossier qui, à terme, permettra une simplification de la gestion quotidienne des établissements de santé privés.

### L'indicateur I-SATIS – enquêtes téléphoniques annuelles de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en MCO

Les réunions sont pilotées par la DGOS. Plusieurs réunions se sont tenues sur le projet de généralisation de l'indicateur I-SATIS. La mise en place de cet indicateur a finalement été repoussée à l'année 2014, et n'a donc pas été rendue obligatoire pour l'année 2013.

La FHP-MCO a persévéré à demander des financements pour soutenir les établissements dans la mise en place de ce nouvel indicateur. La DGOS n'a pas consenti à adjoindre un quelconque financement pour la mise en œuvre de ces enquêtes téléphoniques, mais elle a demandé aux fédérations de remonter leurs propositions pour améliorer et simplifier le dispositif.



## Pascal Delubac, pilote de la commission *Inspections/contrôles/sanctions*

**« Malgré la qualité du travail rendu, aucune de nos propositions n'a été retenue par le ministère. C'est ce que nous appelons avec humour la démocratie sanitaire. »**

« En 2013 nos efforts se sont portés en priorité, sur les nouveaux textes (décrets et arrêtés) concernant la mise en œuvre du contrat de bon usage du médicament.

Sollicités par le ministère de la Santé pour avis, nous avons constitué

un groupe de travail composé de médecins, de pharmaciens et de juristes.

Ce groupe a formulé un ensemble de propositions constructives et réalistes qui prenaient en compte l'intérêt des patients, l'efficacité du service rendu et les difficultés rencontrées sur le

**Ce groupe a formulé un ensemble de propositions constructives et réalistes qui prenaient en compte l'intérêt des patients.**

terrain. Malgré la qualité du travail rendu, aucune de nos propositions n'a été retenue par le ministère.

C'est ce que nous appelons avec humour la démocratie sanitaire.

Nous avons aussi travaillé au sein de la FHP-MCO sur la modernisation

et la simplification des normes.

Sur le plan administratif, nous avons sollicité la CNAMTS et la DSS pour supprimer les supports papier des bordereaux

S3404. Nous avons sollicité un alignement de la durée des CPOM sur la durée des autorisations et des investissements qui sont liés. Ensuite, et afin de permettre le

développement de la chirurgie ambulatoire, nous avons proposé des mesures d'assouplissement concernant les heures d'ouverture et la présence médicale. Concernant

les reconnaissances contractuelles à financement national,

nous avons demandé le retrait du cahier des charges régionales

afin d'éviter des disparités sur les conditions d'exploitation. Enfin,

l'activité de maternité et notamment les articles du code de la santé

publique qui la régissent, ont fait l'objet de nombreuses propositions d'assouplissement en raison de l'inadéquation des textes par rapport à l'évolution de l'activité et de la réalité du terrain. »

La FHP-MCO a notamment demandé à ce que la réglementation qui sera envisagée laisse libre les établissements des modalités d'administration du questionnaire de satisfaction. Il s'agit de laisser le choix aux établissements dans le support pour interroger ses patients : envoi d'un courrier, recours à un institut de sondage ou diffusion du questionnaire via son site Internet. La DGOS mène une expérimentation sur ces trois modalités. La FHP-MCO a remonté la demande de trois établissements volontaires souhaitant participer à cette expérimentation. Les résultats sont attendus pour 2014.

### Nouveau CBUM

Le service juridique a assuré un suivi constant sur le nouveau contrat de bon usage du médicament tant en amont qu'en aval. En amont, le service juridique a participé en liaison avec la commission inspection contrôles et sanctions à la concertation sur les projets de textes. De nombreuses revendications ont été portées sur le nouveau modèle de contrat national et le rapport d'étape annuel. Responsabilisation des médecins, amélioration du contradictoire pour les établissements, simplification du circuit du médicament, suppression des indicateurs régionaux, révision des sanctions sont les principales demandes portées par la FHP-MCO auprès du ministère de la Santé.

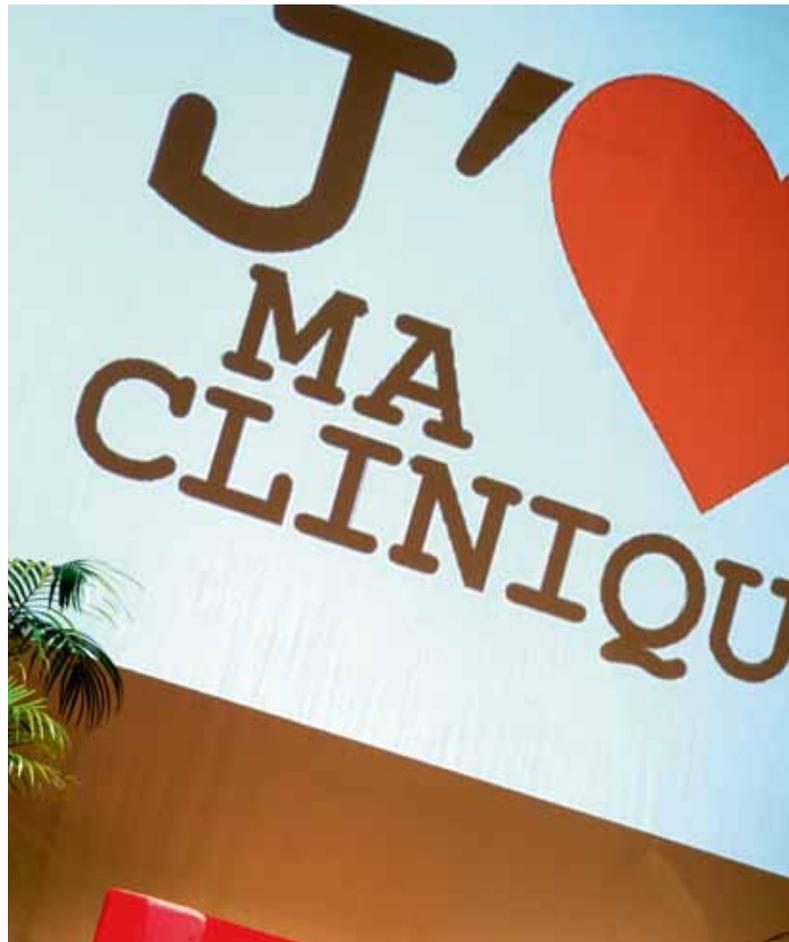
En aval, les établissements ont pu être informés des nouveautés portées par ces textes, dès la parution des arrêtés du 18 novembre 2013 fixant le CBUM et le modèle de rapport d'étape annuel servant de base à l'évaluation de ce contrat.

Un travail de conseil et d'information dans la signature des nouveaux CBUM a également pu être mené par le service juridique en lien avec les délégations régionales.

### PDSES

La rémunération des médecins dans le cadre de la PDSES a fait l'objet d'un suivi important du service juridique. Ce dispositif complexe a suscité de nombreuses questions de la part de nos adhérents.

Si, pour l'indemnisation des médecins libéraux, une analyse juridique a été élaborée et diffusée à nos adhérents, l'absence de précisions concernant les médecins salariés nous a conduits à interroger la DGOS, par courrier.



Nous avons pu obtenir des précisions de la DGOS sur les modalités d'indemnisation de nos médecins salariés dans le cadre des gardes et astreintes effectuées par ces derniers : les médecins salariés, au même titre que les libéraux, sont indemnisés dans le cadre de leur participation à la PDSES. Cependant, ces indemnités ne sont pas versées directement par la CPAM mais par l'ARS à l'établissement qui bénéficie d'une enveloppe FIR « PDSES en établissements privés - hors médecins libéraux ».

Ces précisions que nous avons relayées auprès de nos adhérents ont contribué à une gestion plus harmonieuse de la PDSES au sein des établissements concernés.

## La recherche clinique en établissement de santé

Ces réunions avec la DGOS se sont inscrites dans le cadre d'un projet annoncé par la ministre de la Santé, d'associer les industriels, les établissements de santé et les investigateurs en recherche clinique, via un contrat unique, afin d'améliorer l'attractivité et la compétitivité de la France en :

- simplifiant et en accélérant la procédure administrative de lancement des essais cliniques grâce à la mise en place d'un contrat type et d'une grille de surcoûts,
- augmentant la qualité des essais cliniques et le nombre de patients inclus dans des essais,
- apportant de la transparence dans la gestion des rétributions pour service rendus des investigateurs,
- mesurant l'effort grâce à l'élaboration d'indicateurs de performance.

Le modèle de contrat envisagé par la DGOS devrait :

- s'appliquer à l'ensemble des établissements de santé quel que soit leur statut juridique,
- être utilisé par l'ensemble des industriels français,
- comprendre une grille de surcoûts hospitaliers définis selon les coûts standards applicables à l'ensemble des centres participant à l'essai.

La FHP-MCO a activement participé, en se référant à des établissements engagés dans la recherche, à définir les coûts de la recherche clinique en établissement de santé privé. Des arbitrages doivent intervenir début 2014 pour arrêter une grille nationale.

## Dématérialisation du certificat de décès

La Direction générale de la santé a souhaité relancer les travaux commencés en 2010 sur la dématérialisation du certificat de décès. L'objectif est de permettre le déploiement du certificat de décès dématérialisé (format électronique) auprès des médecins en établissement de santé avec l'application CertDc. L'administration a présenté les avantages de ce dispositif qui sera généralisé par décret et a invité les fédérations à sensibiliser leurs adhérents. Dans la mesure où cette dématérialisation facilite les procédures, la FHP-MCO a relayé l'information sur ce dispositif auprès de ses adhérents par dépêche.

Le service juridique de la FHP-MCO se tient à disposition des établissements adhérents qui souhaitent se doter de cette application pour les accompagner dans cette dématérialisation.

## Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH)

La FHP-MCO participe à la réflexion puis aux recommandations qui émanent du CNUH, nos juristes participent activement aux travaux menés dans ce cadre. La FHP-MCO a porté des remarques notamment sur le traitement de la saturation des urgences, les recommandations professionnelles sur la gestion de l'aval (contexte organisationnel et décisionnel, plan hôpital plein, etc.) ou encore sur la démarche ANAP au sujet de la gestion des lits. Il s'agit pour la FHP-MCO de faire reconnaître la place des cliniques privées dans les prises en charge en urgence et d'améliorer le fonctionnement des établissements autorisés en médecine d'urgence.

## Gérard Reysseguier, pilote de la commission Naissance « La commission a la volonté de ne pas vouloir voir l'activité des maternités privées mise en péril. »



« La commission naissance s'est réunie deux fois en 2013. De nombreux sujets ont été abordés. Elle a notamment arrêté l'ordre du jour de l'atelier naissance qui s'est tenu le 29 mai lors de la convention FHP-MCO. Cet atelier avait vocation à constituer une vitrine pour les maternités privées, dont les initiatives et les réponses spontanées aux évolutions sociales et culturelles sont bien souvent méconnues des pouvoirs publics. Dans un premier temps, un film présentant une dizaine d'initiatives et d'organisations de maternités privées a été projeté. Il a été suivi d'une table ronde sur le thème « *La recherche de l'équilibre entre le respect des projets de naissance et la sécurité de l'accouchement* ». Les maisons de naissance ont également été au centre des discussions avec la volonté, de la part de la commission, de ne pas voir l'activité des maternités privées mise en péril. En effet, les maisons de naissances constitueront une porte d'entrée supplémentaire dans les maternités de niveau 3, pour des parturientes qui devraient relever du niveau 1. Le travail sur ce point continue suite à la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation

des maisons de naissance pour une durée de deux ans. Une intervention de Thomas Jan (responsable du département de la coordination et de l'efficacité des soins – CNAMTS) a permis à la commission de faire un point précis sur l'état d'avancement du programme de retour à domicile PRADO maternité. De plus, la facturation du dépistage de la surdité chez le nouveau-né ainsi que les tarifs issus des coûts ont été abordés. Concernant le premier on peut noter que la circulaire N° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013, indique que « *18,70 euros ont été intégrés, dans les deux secteurs, au tarif des GHS de la CMD 15 hors mort-nés, transferts précoces, et décès* ». Dans le cadre du choc de simplification voulu par le premier ministre, la commission s'est efforcée de réaliser un travail de fond relatif à la simplification des normes en obstétrique. Elle souhaite, entre autre, mettre un terme à la pratique qui consiste à déterminer le nombre de postes de sages-femmes titulaires dans

un établissement en fonction de seuils fixés en amont par décret. En effet, ces dispositions ne semblent plus adapter dans de nombreux cas. C'est pourquoi il a été proposé qu'un ETP supplémentaire ne devrait être requis que si le seuil des 200 naissances est constaté sur plusieurs années consécutives.

**« La commission souhaiterait organiser un club naissance. »**

Enfin, la commission souhaiterait organiser un « *club naissance* » qui aurait pour fil conducteur « *le parcours de soins de la parturiente du début de sa grossesse à 30 jours post accouchement* ». Des sujets aussi variés que le projet personnalisé de naissance, les espaces physiologiques ou encore les recommandations de la HAS relatives à la sortie de maternité après accouchement pourront y être abordés. »



## Christian Guichard, pilote de la commission Urgences/permanence des soins

### « Faire reconnaître par les pouvoirs publics, notre participation à l'activité de médecine d'urgence et octroyer aux structures les moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. »

#### Une enquête

« Pour la partie "urgences" nous avons travaillé au côté de la DREES pour réaliser une enquête en juin sur les structures des urgences hospitalières précédée d'un test préalable sur 29 structures en février (500 questionnaires patients sur une fenêtre d'observation de 24h, un jour donné).

La phase de test de l'enquête a permis de mettre en évidence la nécessité d'organiser le recueil avant qu'il ne commence et de s'appuyer sur une à trois personnes dédiées parmi le personnel infirmier rendu disponible pour le recueil, les médecins urgentistes, et le personnel non soignant, et/ou les élèves infirmières et des internes. La participation à cette enquête obligatoire exigeait donc une communication en amont au sein de l'établissement et une organisation ainsi que des moyens spécifiques. Les items « motifs de recours aux urgences » et « diagnostics de sortie » qui doivent être codés à partir de la CIM 10 pouvaient représenter une vraie difficulté pour certains professionnels non formés au codage. Il a donc été décidé de mettre à la disposition

des établissements autorisés en médecine d'urgence via un serveur la liste de 200 codes CIM 10 qui suffisaient à un codage « grossier », et de n'exiger un codage du diagnostic de sortie précis que d'une partie des établissements participants (échantillon représentatif) désignés par la DREES. Pour ces établissements, le diagnostic de sortie pouvait être codé une première fois puis à posteriori avec l'appui du DIM de l'établissement et d'un médecin urgentiste.

#### Le financement

La question du financement des urgences a été au cœur de nos préoccupations. Les financements ont continué à baisser et nous avons assisté en 2013 dans certaines régions à une suppression des financements jusqu'à présent alloués aux ex-POSU et cela au mépris de la circulaire relatif au FIR qui prévoit au contraire le financement des plateaux techniques spécialisés grâce au FIR. Nos interventions coordonnées avec les régions ont permis de faire revenir l'agence sur l'arrêt du financement comme en

région Nord-Pas-de-Calais.

Nous avons procédé à une étude de coûts de prise en charge d'un service d'urgence en s'appuyant sur l'enquête sur la PDSSES diligentée par la DGOS au début de l'année 2011.

**« Nos interventions coordonnées avec les régions ont permis de faire revenir l'agence sur l'arrêt du financement. »**

Un masque de saisie, élaboré par Thibault Georin, économiste FHP-MCO, a été produit

et diffusé à cet effet. Une fois les contraintes et les coûts estimés, nous avons pu faire des propositions aux pouvoirs publics dans le cadre de cette réforme du financement des urgences.

#### Accès en 30 minutes

Nous avons travaillé avec le ministère sur l'accès au service d'urgence en 30 min. De nombreux établissements de santé privés participent à l'offre de soins non programmée, l'autorisation d'urgences leur ayant été souvent refusée. Nous avons privilégié la position suivante : la FHP-MCO ne vise pas à inciter l'ensemble des cliniques MCO à créer un service d'urgences, mais à donner

les moyens à ceux qui offrent un service 24h/24h d'être autorisés. La classification clinique des malades aux urgences (CCMU) permettrait d'identifier la gravité des cas pris en charge tandis que les indicateurs utilisés dans le cadre du RPU (résumé de passage aux urgences) pourraient donner des informations sur le contexte et la « volumétrie » de la prise en charge.

Enfin, nous avons sollicité le CISS sur le principe d'une enquête téléphonique sur le respect du libre choix des patients dans le cadre des prises en charge par les SAMU-SMUR.

#### **RPU**

Nous avons également travaillé avec la DGOS en lien avec la DGS et l'INVS sur un projet d'arrêté « relatif au

recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires ». Nous avons soulevé la lourdeur de la charge de travail de ce recueil, le manque de précision quant aux modalités de transmission des données à l'ARS, la question de la confidentialité des données nominatives transmises à l'ARS, les modalités de conservation par l'établissement et par l'ARS des informations recueillies puis transmises, la question de la cohérence des données recueillies,

avec celles du PMSI, la pertinence du contenu des informations au regard de la finalité du recueil.

Sur la partie PDSSES, nous avons travaillé sur la rémunération des médecins (obstétrique, suppléments et compléments d'honoraires) et sur la priorité des pouvoirs publics de coordonner la PDSSES, PDSA et services d'urgences. Après un rapide état des lieux, il a été convenu de faire de nouvelles propositions aux pouvoirs publics notamment sur l'obstétrique avec la nécessaire distinction entre continuité et PDSSES. »

# Les activités du médecin conseil

**E**n 2013, la FHP-MCO a souhaité renforcer sa compétence médicale en recrutant à partir du mois de septembre, un médecin conseil à mi-temps, le docteur Michèle Brami. L'objectif du syndicat est d'améliorer sa capacité d'analyse médicale sur les sujets d'information médicale, contrôles T2A, nomenclature, sur ses missions d'accompagnement et de conseil auprès des établissements adhérents mais également son expertise médicale face aux tutelles.

L'activité du médecin conseil se développe en étroite collaboration avec les pôles économique et juridique et avec le docteur Marie-Paule Chariot, médecin DIM partenaire, qui apporte déjà depuis plusieurs années son expertise médicale sur de nombreux sujets.

Le médecin conseil participe également à l'animation des réunions du club des médecins DIM ainsi qu'à la communication institutionnelle, notamment par la rédaction des fiches reflexes.

**30  
sujets**

traités au cours  
des 4 derniers  
mois 2013

## **LE TRAITEMENT DES QUESTIONS DES ADHÉRENTS**

Au total, une trentaine de sujets différents ont été traités au cours des quatre derniers mois de 2013. Les questions des adhérents ont porté principalement sur le codage de situations médicales inhabituelles, l'argumentaire à développer à l'occasion de divergences apparues lors de contrôles T2A ou encore aux conditions à satisfaire lors de demandes de certaines autorisations d'activité.

## **PARTICIPATION AUX RÉUNIONS TECHNIQUES AVEC LES TUTELLES**

Le médecin conseil de la FHP-MCO a représenté la FHP-MCO à la CNAMTS pour les réunions d'informations sur les contrôles T2A, et par ailleurs au ministère, pour les réunions relatives à la chirurgie ambulatoire, à la pertinence des actes, à l'intégration ou au retrait des DMI et des molécules onéreuses sur la liste en sus, aux conditions d'identification des activités de recours exceptionnel.

Le médecin conseil participe également activement aux travaux en cours et susceptibles d'impacter le recueil d'information médicale (groupes de travail ATIH : diagnostics associés, présent à l'admission, codage PMSI de la précarité).



Les questions des adhérents ont porté principalement sur le codage de situations médicales inhabituelles



Pendant le 5<sup>e</sup> club des médecins DIM en novembre 2013

# Les activités de communication

## LA COMMUNICATION INTERNE

### Edition en ligne

#### LE 13H, DÉJÀ 239 NUMÉROS

La FHP-MCO vous informe de l'actualité économique et politique dans le domaine de la santé et plus précisément celui de l'hospitalisation privée, tous les jeudis à 13h. L'édito de Lamine Gharbi pour donner le ton de la semaine, des brèves qui cerclent l'actualité de la semaine, trois questions à une personnalité publique ou issue de la profession en regard des dossiers traités, c'est ce qui attend les adhérents de la FHP-MCO avec la régularité d'une horloge. Merci de lui être aussi fidèle.

#### LES DÉPÊCHES DE LA FHP-MCO, L'ACTUALITÉ EN TEMPS RÉEL

Puisque l'actualité n'attend pas, c'est un fil de dépêches que produit l'équipe d'experts de la FHP-MCO. Les dépêches vous rappellent les délais pour les appels à projet, vous proposent une mise en perspective des décrets, décryptent des nouvelles mesures, etc. Elles sont bleues pour les dépêches «communication», oranges pour les dépêches «expert».

#### LES BILLETS « AGISSONS », POUR UN SYNDICALISME VIVANT

Parce que le syndicalisme est fait d'engagement pour des causes justes, Lamine Gharbi lance régulièrement un billet «Agissons» pour garder la profession mobilisée sur les enjeux qui nous concernent tous. Ensemble, agissons !

#### LE 15H, LA REVUE DE PRESSE

Tous les vendredis, les articles qui mentionnent la FHP-MCO et donnent la parole au syndicat sont compilés et envoyés à tous les adhérents à 15h. De la lecture pour le week-end...

#### ENTRETIEN DE LA BASE DE DONNÉES

Un réseau vivant d'adhérents, cela s'entretient. Changements d'adresses, de postes, de régions,

etc. La FHP-MCO se tient au courant de vos parcours et de vos avancées.

### Edition papier

#### DIALOGUE SANTÉ, CLINIQUES ET PRATICIENS, TRAVAILLONS ENSEMBLE

Cinq fois par an, Dialogue santé affiche un dossier sur une question d'économie de la santé, en direction des praticiens. Ce quatre pages, grand format, tiré à 32 000 exemplaires est un trait d'union entre la gestion et la médecine, entre les praticiens et les directeurs, et s'appuie sur les présidents de CME. On y discute permanence des soins, chirurgie ambulatoire, financement, qualité des soins, innovation, vie des CME, etc.

#### RETOUR SUR LE SÉMINAIRE STRATÉGIQUE ANNUEL

Pour rendre compte du travail d'analyse et de prospective réalisé par les administrateurs lors du séminaire annuel de deux jours, la FHP-MCO publie un document de quatre pages de synthèse. Cette année à Biarritz, le conseil d'administration a planché sur l'optimisation des modes de financement. A quoi sert le Comité de réforme de la tarification hospitalière ? Projet IFAQ, où en est-on ? Les relations médecins/directeurs : je t'aime, moi non plus... À quand un choc de simplification ? Et comment se réapproprier la notion de service ?

#### ANNALES DES JOURNÉES THÉMATIQUES

Le congrès annuel des représentants des usagers est un temps fort de la vie démocratique de la FHP-MCO. Il rassemble plus de 250 personnes sur le «travailler ensemble». Un événement dont la trace exhaustive est conservée dans les annales distribuées à tous les adhérents et qui viennent enrichir le fonds documentaire de la FHP-MCO.

**47**  
éditions  
du « 13H »

**103**  
dépêches  
« Com »

**88**  
dépêches  
« Expert »

**7**  
billets  
« Agissons »

**16**  
éditions  
du « 15H »



## LA COMMUNICATION EXTERNE

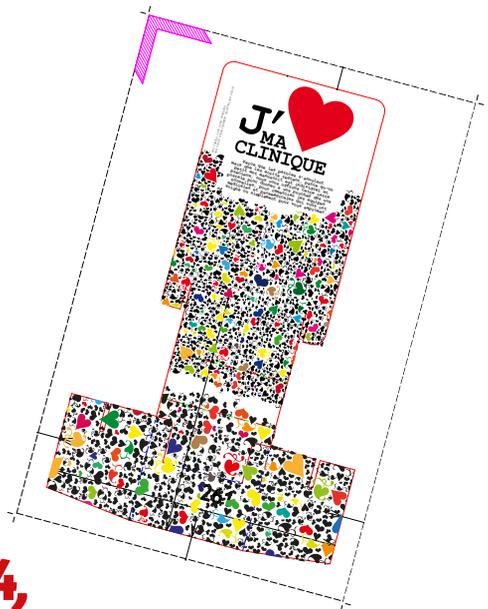
### Les campagnes

#### J'AIME MA CLINIQUE !

Lancée en 2012, la campagne J'aime ma clinique a poursuivi son déploiement en 2013. Parce que l'humanité est au cœur de nos métiers, la FHP-MCO ose communiquer sur le registre de l'émotion et lance le slogan J'aime ma clinique. Notre objectif est de partager avec l'opinion publique des atouts et des valeurs de notre secteur et capitaliser sur ce potentiel de confiance et d'intérêt. Simple et efficace, cette campagne a connu un vif engouement. Elle se décline sur des sacs, des t-shirt, des mugs, des cartes postales, des affiches et un concours lors de notre convention annuelle.

#### UNE ACTION DE LOBBYING POUR S'OPPOSER À LA DÉGRESSIVITÉ

Alors que les parlementaires élaboraient le PLFSS 2014, la FHP-MCO a souhaité exprimer son opposition au principe de dégressivité. Dépôt d'amendements, interpellation dans la presse, rencontres, échanges avec des porte-paroles, la FHP-MCO prenait également la parole auprès de chaque parlementaire à l'aide d'une carte argumentaire « En 2014, nous soignerons tous les patients (Dans la limite des places disponibles) ».



**EN 2014,  
NOUS  
SOIGNERONS  
TOUS LES  
PATIENTS\***

\*DANS LA LIMITE DES PLACES DISPONIBLES



### LA NAISSANCE, UNE AFFAIRE PRIVÉE

Le monde de la périnatalité est en pleine mutation. Les maternités privées disparaissent et n'assurent plus que 28% des accouchements aujourd'hui contre 40% il y a 20 ans. Alors que l'hospitalisation privée et les acteurs de la médecine libérale assurent une réelle mission de service public et des prestations d'excellence, l'offre de soins continue de se raréfier. Pour apprécier la générosité, la liberté et la globalité de la prise en charge des maternités privées, la FHP-MCO a produit une série de reportages vidéo au cœur de 6 maternités. Documentaire à visionner sur le site de la FHP-MCO.



### LA FHP-MCO DANS LA PRESSE

#### Une part de voix importante dans les médias

Les journalistes sont des leaders d'opinion importants auprès des décideurs et du public. La FHP-MCO a poursuivi en 2013 l'effort engagé l'année précédente pour obtenir une visibilité accrue dans les médias et faire valoir nos arguments dans le débat.

Plus encore cette année, l'accent a été mis sur une coordination très étroite avec la FHP pour insister sur l'unité de notre mouvement et mieux relayer les positions et revendications de la fédération sur un ensemble de sujets : campagne tarifaire, dialogue avec le ministère, situation économique des cliniques, missions de service public, etc.

En 2013, cinq conférences de presse ont été organisées, dont trois conjointement avec la FHP et les autres syndicats de spécialité. De même, 26 communiqués de presse ont été diffusés aux médias, dont trois conjointement avec la FHP et les autres syndicats de spécialités.

En termes d'écho médiatique, ces actions ont donné lieu à de très nombreuses retombées presse, 271 articles au total, citant la FHP-MCO ou Lamine Gharbi : 103 mentions de la FHP-MCO dans des articles sur Internet, 101 dans la presse

écrite, le reste provenant entre autres d'agences de presse spécialisées (APM - 19 articles, Hospimédia - 32 et AEF - 11).

Toutes les grandes familles de presse ont traité de l'actualité de la FHP-MCO : 49 % des articles sont parus sur Internet, 21 % dans la presse professionnelle et spécialisée (hors agences spécialisées), 14 % dans la presse régionale, 4 % dans la presse quotidienne nationale (9 articles) et 2 % dans la presse magazine grand public (5 articles).

Une grande diversité de publics a été touchée, avec 32 % des retombées classées dans les rubriques actualités générales, 24 % en santé, 20 % en actualités régionales et 15 % en économie et finance.

Cette part de voix importante du syndicat s'est traduite par un équivalent publicitaire de 409 000 €, assurant un retour sur investissement extrêmement positif.

Ces actions presse ont été complétées par des rencontres régulières des dirigeants de la FHP-MCO avec des journalistes de grands médias lors de petits déjeuners ou déjeuners.



## LA FHP-MCO SUR INTERNET

### Retour en chiffres

L'année 2013 a réuni plus de 91 300 visites – soit une augmentation de 15 % par rapport à l'année 2012 – et près de 65 500 visiteurs uniques.

Les internautes passent en moyenne près de 2 minutes sur le site, et lisent 2 pages.

La visibilité du site de la FHP-MCO continue de croître sur internet, ce qui conforte la position de référence du syndicat pour les acteurs de la santé privée.

Une prise de parole digitale régulière de la FHP MCO

Grâce au fil de publication de dépêches, abordant les sujets d'actualité MCO, et une actualité plus globale du monde de la santé privé, la FHP-MCO se positionne comme référent d'une information fiable et régulière.

Le rendez-vous hebdomadaire des 13 heures et 3 questions à analyse l'environnement de la santé actuel et affirme la position de la FHP-MCO quant aux évolutions de cet environnement, et permet un échange interactif avec des acteurs clefs du monde de la santé.

Des articles de fond, publiés bimensuellement dans Le Blog, démontrent l'expertise de la FHP-MCO sur les innovations santé et accréditent la vision globale du syndicat sur la santé en France.

### Page d'accueil

Pour donner la possibilité aux utilisateurs de trouver des informations importantes rapidement, deux onglets ont été ajoutés sur la page d'accueil : tout d'abord un onglet « Prochainement » qui permet de connaître immédiatement le prochain évènement notable de la FHP-MCO, et sa date.

Le deuxième onglet ajouté est le « Zoom sur », permettant d'avoir une vue globale des actions importantes pour la FHP-MCO : des comptes-rendus de réunions, des relais de campagnes en cours, ou encore un quizz sur la FHP-MCO.

### Optimisation des salles de discussions

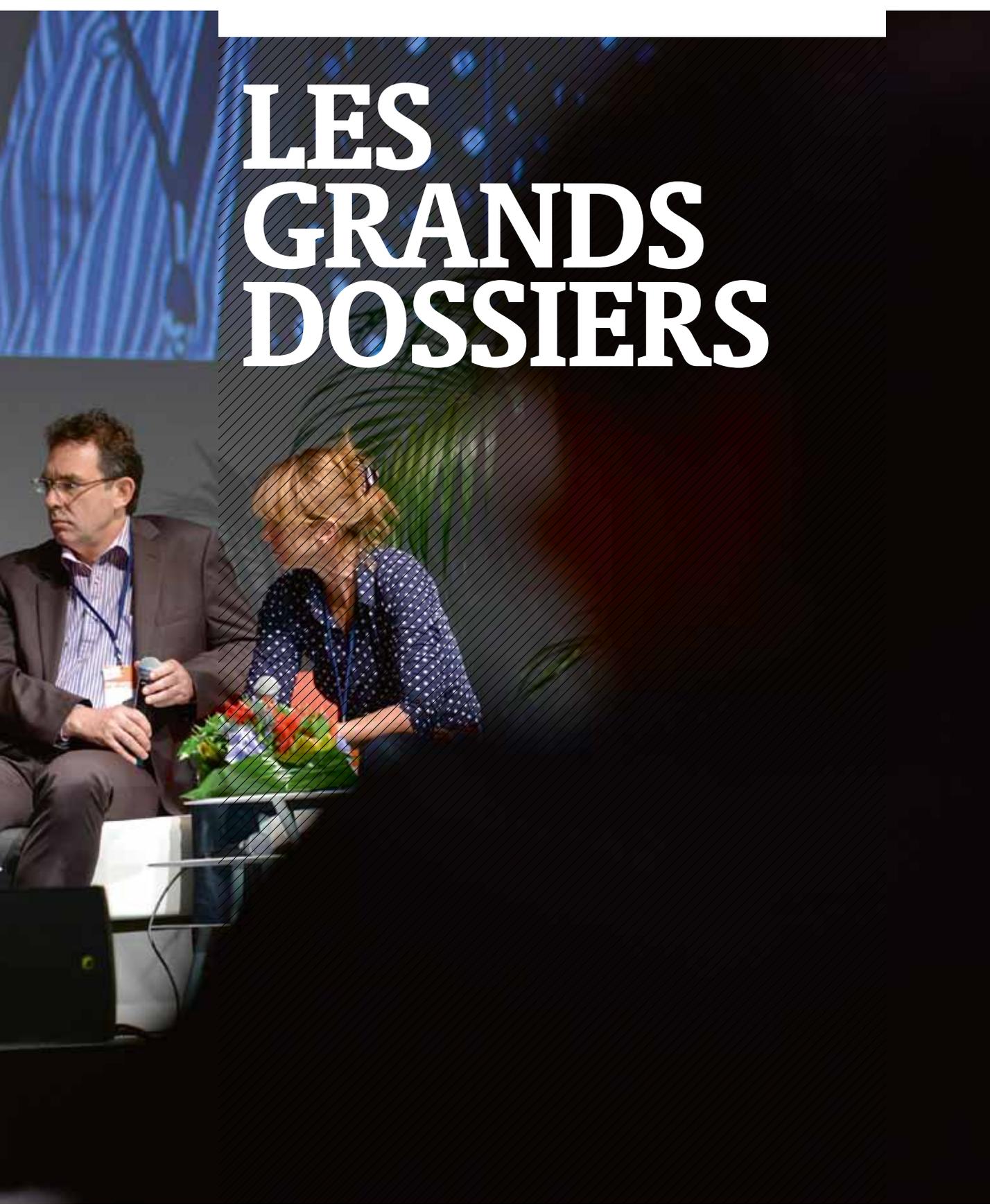
Ouvertes en 2012 les salles de discussions de la FHP-MCO sont un lieu d'échange et de partage d'informations. Afin de faciliter la navigation des utilisateurs, l'ergonomie des deux clubs existants a été revue pendant l'année 2013, pour une meilleure accessibilité.

### Base documentaire du Club de l'information médicale

Actuellement en construction, elle permettra aux membres des clubs de disposer de documents officiels. La nouvelle base documentaire du club de l'information médicale des salles de discussion sera accessible en 2014.







# LES GRANDS DOSSIERS

# Les grands dossiers de l'année

## COEFFICIENT PRUDENTIEL

En début de campagne 2013, une nouvelle procédure de mise en réserve a été mise en place afin de respecter l'ONDAM hospitalier. Si jusqu'en 2012, les mises en réserves prudentielles étaient réalisées sous la forme de « gels » des crédits MIGAC, l'article 60 de la LFSS 2013 (Art L162-22-9-1 CSS) prévoit une minoration des tarifs par l'application d'un coefficient, dit coefficient prudentiel. Ce coefficient doit permettre de constituer une réserve de crédits qui pourra être reversée selon l'état d'exécution de l'ONDAM. Le coefficient prudentiel n'est pas un « outil tarifaire au sens strict ». C'est un « outil de maîtrise de l'ONDAM Hospitalier ».

Dans la construction de l'ONDAM hospitalier 2013, 26 millions d'euros ont été gelés à ce titre pour notre secteur, et 115 millions en totalité. Malgré notre opposition à ce nouveau dispositif, nous retenons que les engagements ont été respectés : en fin d'année, la totalité de la réserve prudentielle au titre de l'année 2013 a été réallouée aux établissements de santé privés, soit les 26 millions.

Techniquement, sa valeur pour la campagne 2013 a été fixée à 0,35 % pour les 2 secteurs, public et privé et il est appliqué du 1er mars 2013 au 28 février 2014 aux GHS et éléments s'y rapportant (suppléments, EXH, forfait ou tarif EXB), aux GHT, aux ATU, FFM, SE, APE, aux forfaits D et forfaits PO. Concernant le dégel, il ne s'agit pas de redistribuer 0,35 % établissement par établissement mais de redistribuer le montant total de 26 millions, pour notre secteur, à l'ensemble des établissements de santé. Les données du PMSI des huit premiers mois ont été utilisées pour déterminer une clé de ventilation basée sur les montants « assurance maladie » des prestations impactées par le coefficient prudentiel et ainsi attribué un poids relatif à chaque établissement. Nous avons accordé la plus grande attention à cette nouvelle mesure et avons tenu à vous informer ainsi que vos délégués de région très

**26**  
millions  
d'euros.  
C'est la totalité  
de la réserve  
prudentielle au  
titre de l'année  
2013 qui a été  
réallouée aux  
établissements  
de santé  
privés.

régulièrement. Le coefficient prudentiel a été abordé à maintes reprises dans les 13h, et la FHP-MCO lui a également consacré 6 dépêches tout au long de l'année notamment pour en expliquer les modalités d'application et celles du dégel. En prévision de ce dégel, la FHP-MCO avait appelé à la vigilance sur l'exhaustivité des données PMSI transmises mais également sur le calendrier (les transmissions doivent être faites dans les délais impartis), pour éviter que la valorisation lors du reversement des mises en réserves prudentielles soit sous-estimée. Même si l'application de coefficient a fait l'objet d'un remboursement en fin d'année, la position de la FHP-MCO était défavorable à ce dispositif préférant hypothéquer des ressources de type MIGAC, et en particulier d'aides à la contractualisation, qui par nature, n'ont pas de caractère pérenne, et ne viennent pas obérer les nécessaires ressources pour la réalisation des soins.

### LES DIFFÉRENTS TEXTES ENCADRANT CE DISPOSITIF SONT :

- l'article 60 de la LFSS 2013 (Art L162-22-9-1 CSS) qui prévoit une minoration des tarifs par l'application d'un coefficient, dit coefficient prudentiel,
- le décret N°2013-179 et l'instruction n° DGOS/R1/2013//83 du 4 mars 2013 qui apportent des précisions sur le coefficient prudentiel,
- l'arrêté du 2 mars 2013 qui fixe sa valeur à 0,35 %,
- l'arrêté du 7 novembre 2013 fixe pour l'année 2013 le montant des crédits à verser aux établissements de santé au titre de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale.

### LES DÉPÊCHES FHP-MCO SUR LE COEFFICIENT PRUDENTIEL :

- vendredi 1<sup>er</sup> mars 2013 : « Décret coefficient prudentiel »,
- lundi 18 mars 2013 : « Instruction coefficient prudentiel »,
- mercredi 28 août 2013 : « Transmission

des données PMSI et financement des établissements de santé » (exhaustivité des données PMSI : Impact sur une éventuelle application du coefficient prudentiel fin 2013),

- vendredi 25 octobre 2013 : « Coefficient prudentiel, la FHP-MCO salue le déblocage des tarifs »,
- mardi 29 octobre 2013 : « Application du coefficient prudentiel »,
- mercredi 20 novembre 2013 : « Dégel du coefficient prudentiel ».

### **FINANCEMENT DES RCP VIA LE FIR : L'ABOUTISSEMENT D'UNE LUTTE DEPUIS 2010**

La publication de la circulaire FIR du 8 octobre 2013 précise les conditions d'allocation des 95 M€ de ressources complémentaires déléguées aux ARS.

Le sujet du financement de l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et, en particulier, des actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie y est enfin traité.

Depuis la mise en place de cette dotation MIG « actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie », la FHP-MCO et l'UNHPC dénonçaient cette situation de discrimination de financement des établissements de santé et leurs professionnels au sein de la plateforme annuelle de campagne tarifaire car nos dotations MIG font l'objet d'un abattement de 25 % en raison, soi-disant, d'un financement distinct des praticiens libéraux.

Dans les faits, en 2012 et 2013, aucune région ne finançait plus les praticiens.

Quels sont les enjeux pour la profession « hospitalisation privée » ?

Le montant national annuel en jeu pour notre profession, et donc nos praticiens, est de l'ordre de 6 millions d'euros en 2013. Nos propres évaluations effectuées sur les données 2012 rejoignent les éléments de la DGOS (calculs



effectués sur la base de l'abattement de 25 % subi par les établissements de santé privés). Nous vous invitons à solliciter vos ARS avec le soutien de vos partenaires médias afin que nos praticiens accèdent à ces financements. Nous avons, par ailleurs, adressé un courrier commun avec les syndicats médicaux.

A l'exception de trois régions, toutes ont débloquent ces montants en 2013 qui sont reconduits dans l'instruction à venir en 2014. Cette action n'a pu aboutir que grâce à la mobilisation de chaque établissement et de chaque FHP régionale.

### **IFAQ**

Le projet d'Incitation financière à l'amélioration de la qualité, IFAQ, a pour objectif de prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé. Co-piloté par la DGOS et la HAS, les travaux sont confiés au projet COMPAQ-HPST

et menés en lien avec les fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, UNICANCER, FHP et FHP-MCO), l'ATIH et l'ANAP. L'objet est donc de concevoir un modèle d'évaluation de la qualité des établissements à partir d'indicateurs qualité généralisés et de simuler une valorisation financière en lien avec cette évaluation.

La démarche, qui se veut opérationnelle et pragmatique, passe par une expérimentation qui se déroule de juillet 2012 à juin 2014. La période entre l'appel à candidature et la mesure des résultats des « indicateurs », doit être mise à profit par l'établissement pour mettre en œuvre des actions correctives. Pour mémoire, l'appel à candidature a rencontré un vif succès et 222 établissements MCO volontaires ont été retenus, dont 78 établissements ex-OQN. Toutefois, pour respecter les critères d'éligibilité en lien avec les résultats de la certification, des exclusions ont eu lieu en cours d'expérimentation et, à ce jour, il reste 218 établissements expérimentateurs. Ce modèle vise à transformer les résultats des indicateurs retenus, nommés « composantes », en nombre de points, puis d'agréger les résultats pour obtenir un « score établissement » et enfin de convertir ces points en paiement. Pour les établissements, le périmètre de l'évaluation varie entre 6 et 9 composantes en fonction de celles qui lui sont applicables :

- 7 indicateurs qualité généralisés DGOS - HAS (TDP, DEC, TRD, DTN niveau 3, DAN, RCP niveau 2, ICALIN 2),
- une composante regroupant 7 PEP (les critères 1f, 8f, 9a, 13a, 14b, 15a, et 25a),
- et enfin, une composante sur l'évaluation du niveau d'informatisation du dossier patient (pré-requis « Hôpital Numérique » et questions relatives à l'informatisation dans le recueil IPAQSS DPA MCO).

Aucune charge de travail supplémentaire n'est demandée aux établissements expérimentateurs, le recueil s'effectuant dans le cadre des campagnes nationales habituelles ou de la procédure de certification.

Les résultats obtenus pour chaque composante sont transformés en score de points : en règle générale, chaque composante se voit attribuer une cotation de 0, 5, ou 10 points, avec dans certaines situations, des bonus ou des pénalités. Dès que cela est possible, le score prend en compte le niveau atteint (l'excellence) et l'effort (l'évolution entre deux périodes de recueil), ceci afin de permettre au modèle d'être incitatif.

Seuls les indicateurs IPAQSS devraient être concernés par l'effort. Dans ce cas, leur score sera la somme de leur score d'excellence et d'effort ramené à une échelle de 0 à 10 points. Le « score établissement » est une moyenne pondérée des résultats obtenus à l'ensemble des composantes. Les pondérations ont été déterminées en utilisant une méthode à dire d'experts. Un avis par fédération (donc 4 avis) a été pris en compte avec une faculté d'arbitrage au final par la DGOS/HAS.

Cette expérimentation est financée par une enveloppe MIG d'un montant compris entre 10 et 14 M€. Si l'incitation financière

## **Dr Paul Garassus, président du conseil scientifique du BAQIMEHP, expert sur le projet IFAQ avec Laure Dubois, économiste de la FHP-MCO**

### **« Une prime aux bons élèves » !**

Le financement à la qualité est le rêve formulé depuis toujours par l'hospitalisation privée. Il est en passe de devenir réalité grâce au projet d'Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). L'absence de reconnaissance tarifaire de la qualité faisait partie des incohérences majeures de notre système hospitalier et n'a eu de cesse d'être soulignée. Le projet IFAQ permettra de tirer le système vers le haut. Il signifie un bénéfice évident pour les patients, et envoie un signal positif aux équipes. Toutefois, le modèle est techniquement complexe et doit éviter de nombreux biais. La FHP-MCO, véritable force de propositions sur ce dossier depuis 2010, a veillé tout au long des travaux en 2013, à son élaboration, étape par étape. Beaucoup d'incertitudes persistent, le modèle est encore instable et se construit en avançant.

Les objectifs du projet IFAQ sont simples : il vise à prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé. Une prime aux bons élèves en quelque sorte. Comment concevoir un modèle d'évaluation de la qualité des établissements à partir d'indicateurs qualité généralisés et simuler une valorisation financière en lien avec cette évaluation ? Cela a été tout l'enjeu de nos travaux.

est strictement positive (aucune pénalité n'est prévue), participer à l'expérimentation ne garantit pas un gain obligatoire pour les établissements. En effet, la valorisation financière sera assise sur le classement de l'établissement en fonction du score agrégé : seuls les 30 % d'établissements les meilleurs seront rémunérés. La rémunération sera comprise entre 0 et 0,5 % du budget assurance maladie (« Base MCO » hors MIG/MO/DM). Toutes les décisions prises pour l'expérimentation ne préjugent en rien du modèle qui pourra être retenu pour une généralisation. Ce modèle est techniquement complexe et s'est construit en avançant. Beaucoup d'incertitudes ont persisté tout au long de l'année, rendant difficile notre mission de communication à votre égard. Dès que cela a été possible, la FHP-MCO a tenu à partager le contenu des échanges et des débats menés autour de la construction du modèle par l'élaboration d'un dossier « rétrospective des travaux » transmis à tous nos établissements engagés dans cette expérimentation. Le projet IFAQ a également fait l'objet d'une présentation approfondie lors du séminaire stratégique de la FHP-MCO en septembre dernier. Enfin, la FHP-MCO, véritable force de propositions sur ce dossier, a veillé, tout au long de l'année, à

son élaboration, étape par étape (participation active aux réunions du groupe technique, à l'élaboration des courriers et des documents d'informations, au recensement des référents « IFAQ » ainsi qu'à l'organisation du séminaire du 13 décembre).

### LFSS 2014

Comme lors de chaque campagne de la loi de financement de la sécurité sociale, la FHP-MCO a présenté des amendements afin de défendre au mieux les intérêts de ses établissements. Dans le cadre du PLFSS 2014, les amendements de la FHP-MCO ont consisté principalement à combattre la mesure de dégressivité tarifaire, à rebattre les responsabilités entre les directions des établissements et les médecins dans le cadre du CBUM, à revendiquer des financements pour le secteur notamment en télé-médecine.

### RECOURS JURIDIQUES

Les instances de la FHP-MCO ont décidé d'engager plusieurs contentieux administratifs depuis la création du syndicat. Le pôle juridique assure le suivi des contentieux engagés (voir tableau).

## QUELS SONT LES CONTENTIEUX EN COURS ? (AU 31 DÉCEMBRE 2013)

Les instances de la FHP-MCO ont décidé d'engager plusieurs contentieux administratifs depuis la création du syndicat. Le pôle juridique assure le suivi des contentieux engagés.

L'objet du contentieux	Le recours engagé	L'avocat en charge	La date	Résultat
Aides d'État Recours européen	Recours européen Plainte de la FHP-MCO relative aux aides d'État	Maître Thierry Dugast	Octobre 2010	Affaire pendante
Recours contre le décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 relatif aux contrôles externes	Recours en annulation partielle relatif aux contrôles externes	Maitre François Museet	Avril 2012	Rejet
Circulaires CNAMTS du 16 juin 2010 et du 3 janvier 2012 (salariat des médecins cf. HPST)	Recours en annulation des circulaires limitant à l'hospitalisation le champ d'application de l'article L162-26-1 du CSS (salariat des médecins cf. HPST)	Maître Maxence Cormier	Février 2012	Affaire pendante
Recours CE contre arrêté 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 les tarifs invalidant les dispositions du CICE	Recours en annulation devant le CE de la décision révélée par laquelle les ministres de l'Économie et des Finances et des Affaires sociales et de la Santé ont décidé de diminuer les tarifs des établissements de santé privés pour neutraliser le bénéfice du CICE	Maître Thierry Dugast	Avril 2013	Affaire pendante



### **SIMPLIFICATION DES NORMES**

Dans le cadre du choc de simplification voulu par le Premier ministre, le pôle juridique a participé à la rédaction des propositions visant à assouplir les normes, tant matérielles qu'en termes de personnel, et ce dans les activités de dialyse, obstétrique et chirurgie ambulatoire. En effet, cette évolution voulue par le gouvernement a été l'occasion de revoir certaines normes qui ne sont plus adaptées aux réalités des établissements de santé. Par exemple, pour l'activité d'obstétrique, il a été proposé de mettre un terme à la pratique selon laquelle le nombre de postes de sages-femmes titulaires dans un établissement est déterminé en fonction de seuils fixés en amont par décret. Après consultation de la commission naissance, il nous est apparu plus cohérent qu'un équivalent temps plein supplémentaire ne devrait pas être requis si un dépassement du seuil des 200 naissances n'a été constaté que sur une année, le nombre de naissances pouvant, l'année d'après, repasser en dessous du seuil. Dans cette même optique, nous avons rédigé une proposition visant à rendre plus cohérent le dispositif des durées d'autorisations d'activité avec la durée du CPOM et de la durée des financements. En effet, actuellement signés pour cinq ans, le CPOM et la durée d'autorisation n'offrent pas une visibilité suffisante en même temps que la gestion de ces contrats d'objectifs qui, par la production de bilans intermédiaires, entraînent une surconsommation en temps passé, en ressources administratives et en archives peu utiles, voire inutilisées.

### **REFORME DU FINANCEMENT ET COMITÉ DE RÉFORME DE LA TARIFICATION HOSPITALIÈRE (CORETAH)**

Ce CORETAH fait suite aux nombreux rapports sur la T2A issus de la MECCS, l'IGAS, l'IGF, et des acteurs eux-mêmes.

Mis en place par la ministre Marisol Touraine le 12 décembre 2012, ce comité est présidé par la DGOS et comprend, outre les représentants institutionnels, des personnalités qualifiées. Ce comité a réellement commencé à travailler en avril 2013 afin de finaliser des propositions pour l'été 2013 notamment dans le cadre du PLFSS 2014.

Les objectifs politiques de ce comité sont de :

- ▮ réduire la complexité et l'instabilité,
- ▮ prendre en considération les pathologies chroniques, les liens ville-hôpital, sanitaire/médico-social, les établissements d'exception et d'isolement, et les parcours de soins,
- ▮ apporter une vision à 5 ans,
- ▮ s'inscrire dans une stratégie globale de la qualité,
- ▮ gagner en équité et en transparence,
- ▮ assurer un financement soutenable des investissements,
- ▮ mieux prendre en considération les charges liées aux missions de services publics.

Il ne faut pas s'y tromper, le CORETAH n'est pas un lieu de négociation ou de concertation mais un lieu de partage de points de vue.

Les travaux sont ensuite arbitrés par le ministère de la Santé.

## NOS PROPOSITIONS EN JUIN 2013 DANS LE CADRE DE CE CORETAH

### > Thématiques de l'État

> Propositions/réflexions FHP-MCO

---

### > TRAVAUX 2013 POUR MISE EN ŒUVRE À COMPTER DE LA CAMPAGNE 2014

---

#### *Propositions en lien avec l'objectif de réintroduction du service public hospitalier et la création d'un service public territorial de santé*

#### > Sécuriser les ressources des activités et des établissements « isolés » et statuer définitivement sur le modèle de financement le plus adapté pour les ex hôpitaux locaux

> Ces travaux font écho à une problématique portée par la FHP-MCO depuis de nombreuses années, à savoir la pérennisation du financement des cliniques dites « vertes », c'est-à-dire isolées et assurant une mission de proximité. En effet, la situation des petits établissements de santé privés a fait l'objet d'attentions particulières notamment au sein de certaines circulaires de campagne tarifaire mais le financement de ces établissements doit être maintenu et pérennisé. Nous souhaitons que soit arrêté de manière claire et transparente le financement des établissements de santé dits « isolés ».

#### > Redéfinir les critères de compensation relatifs à la prise en charge des patients en situation de précarité

> Ces travaux correspondent à une des sept orientations majeures de la ligne politique de la FHP-MCO qui est de « garantir l'accès aux soins pour tous tant du point de vue de la proximité géographique que de l'accessibilité économique ».

> Il nous semble important d'éviter l'aspect boîte noire et donc d'expliquer ces indicateurs géo-populationnels. Il convient ainsi de présenter en détail l'indice FDEP ainsi que la définition des zones géographiques et des conditions d'intégration dans ces zones.

> Concernant les travaux de modélisation et

de simulation, nous ne sommes pas favorables, au moins dans un premier temps, à un modèle d'allocation géo-populationnelle seul.

#### > Renforcer la robustesse et la pertinence du modèle de financement des missions d'intérêt général

> La position de la FHP-MCO est confirmée. Nous poursuivons sur ce sujet l'acronyme T.E.R.R.E.,

> Transparence des règles d'allocation de ressources et, des droits et devoirs de chacun, professionnels et tutelles,

> Équité de répartition et par delà traitement équitable des professionnels de santé quels que soient leur statut et les régions,

> Reconnaissance de notre capacité à être un acteur de santé publique à part entière et à répondre aux critères pour être éligible aux MIGAC,

> Respect du droit interne et européen en prenant en compte des demandes émises par tous les professionnels bien au-delà du critère du statut juridique,

> Évaluation des allocations de ressources octroyées pour s'assurer de leur pertinence et de leur efficacité allant au-delà de la justification au premier euro.

---

#### *Propositions en lien avec l'objectif global de promotion des parcours des patients et d'amélioration de l'articulation entre les acteurs.*

#### > Assouplir les règles de fongibilité et inciter à l'amélioration de l'efficacité des opérations de fongibilité

> Si nous pouvons comprendre l'intérêt d'assouplir les modalités d'allocation de ressources, la récente mise en œuvre du FIR répond déjà à cet objectif de fongibilité.

> Il convient à notre sens :

- de consolider en toute transparence les règles d'allocation de ressources. Ceci est d'autant plus important que le FIR est alimenté par différentes sources de financement. Il faut donc veiller à y établir des règles claires d'allocation de ressources dans le respect du droit interne et communautaire afin que cela n'apparaisse pas comme une « boîte noire » de financement,

## ENCADRE 1. RAPPEL DE NOS ORIENTATIONS « FINANCEMENT À LA QUALITÉ » PORTÉES DEPUIS 2010

**Orientation n°1 :** Assurer une visibilité et lisibilité des outils mis en œuvre afin de garantir une grande stabilité tout en permettant au dispositif une prise en compte des évolutions du système. Les indicateurs utilisés doivent avoir une durée temporelle prédéfinie.

**Orientation n°2 :** Privilégier des indicateurs de processus SMART (Spécifiques, Mesurables, Applicables, Reproductibles, Temporels). Leur spécificité ne doit pas interdire l'établissement d'un score agrégé reflétant ainsi une vision générale de la performance qualitative de l'établissement.

**Orientation n°3 :** Avoir une démarche « promotionnelle » et non « compassionnelle ». Il convient de prendre en compte le niveau observé (le « résultat ») et non l'effort à accomplir pour atteindre un niveau cible.

**Orientation n°4 :** Adopter une politique de financement s'appuyant sur un dispositif de financement incitatif et non répressif.

**Orientation n°5 :** Adopter un dispositif gradué. Mettre en avant et financer la seule excellence qui concerne au plus 5 % des établissements n'est pas une fin en soi. Il convient d'avoir un système gradué incitatif. Le système de financement par la

qualité doit rester discriminant mais ne doit pas être élitiste.

**Orientation n°6 :** Donner la priorité au financement par les MIGAC dans des proportions significatives pouvant atteindre 5 % des recettes d'un établissement de santé. En aucun cas le tarif ne doit être impacté par ce type de mesure qui perdrait alors tout son sens. Par ailleurs la règle étant nationale, la répartition ne pourra être que nationale.

**Orientation n°7 :** Développer une politique de parangonnage visant à développer le partage d'expériences.

## ENCADRE 2. SEPT PROPOSITIONS POUR LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

**Proposition n°1 :** Adopter une politique tarifaire incitative pour les établissements de santé en :

- mettant en place un tarif identique pour les couples GHM (hospitalisation complète/ambulatoire),
- renforçant la reconnaissance pour les établissements en avance, exprimée en termes de taux de chirurgie ambulatoire, par une allocation de type MIGAC,
- supprimant les bornes basses des GHM.

**Proposition n°2 :** Revaloriser de manière significative les GHS.

**Proposition n°3 :** Adopter une politique tarifaire incitative pour les praticiens libéraux en mettant en place un modificateur permettant aux praticiens d'accéder à une rémunération mieux valorisée qu'un acte effectué en hospitalisation complète.

**Proposition n°4 :** Lancer une campagne nationale d'information des usagers sur la base de

l'exemple « des antibiotiques ce n'est pas automatique ».

**Proposition n°5 :** S'assurer d'un développement maîtrisé de la chirurgie ambulatoire par la mise en place d'indicateurs de gestion des risques.

**Proposition n°6 :** Développer les actions d'accompagnement des établissements de santé publics et privés notamment via l'ANAP.

▮ de procéder à des transferts complémentaires si cela s'avère nécessaire en cohérence avec les financements des activités ciblées.

#### > Intégrer la logique de parcours de soins dans le modèle de financement du SSR

> Il nous semble qu'un préalable nécessaire est de clarifier la définition de ce qu'est un parcours de soins et donc de la terminologie utilisée sur ce sujet. Ainsi, le terme « épisode de soins » nous semble plus adapté plutôt que le terme « parcours de soins ». En effet, si l'on parle de parcours de soins, cette notion doit être réfléchie sur l'ensemble des champs du domaine sanitaire, médico-social et de la ville.

> Par ailleurs pour une bonne lisibilité, il nous semble préférable que chaque acteur considère son épisode de soins reconnu et rémunéré selon des grilles tarifaires établies, reconnues et indiscutables.

---

### *Propositions en lien avec l'objectif d'amélioration de l'efficacité et de la qualité/pertinence des actes et des prises en charge.*

#### > Généraliser (MCO) et étendre progressivement aux autres secteurs, l'expérimentation relative à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité

> Nous rappelons le grand intérêt que nous portons à ce projet et en règle générale au développement du financement de la qualité qui fait partie des orientations portées par la FHP-MCO depuis plusieurs années (sept propositions pour le développement du financement à la qualité, cf. dossier IFAQ) (voir encadré 1).

#### > Encourager le développement de la chirurgie ambulatoire dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète

> Nous rappelons que sur le sujet du développement de la chirurgie ambulatoire, la FHP-MCO a effectué les propositions suivantes : (voir encadré 2)

#### > Désintéresser les établissements aux transferts et aux ré-hospitalisations non pertinents

> La question n'est pas tant de désintéresser aux transferts mais bien de mettre à disposition des outils manquants pour les professionnels à commencer par la question des PIE de moins de 48 heures.

> La problématique de la facturation des prestations inter-hospitalières (ou Prestations inter-établissements – PIE), notamment en cas de transfert de moins de deux jours, demeure à ce jour. Le renvoi à des relations contractuelles ne suffit pas à gérer des situations où les dispositifs tarifaires publics et privés ne couvrent pas les mêmes champs. Cela constitue un frein à des actions de coopération et à l'efficacité du système de santé. Des recommandations doivent, à tout le moins, être mises au point.

#### > Affiner les modalités de la régulation prix-volume des financements liés au niveau d'activité

> Il nous semble primordial qu'un travail préalable soit mené avant de se prononcer sur la faisabilité et sur les conséquences de cette proposition, notamment :

▮ en s'interrogeant sur la définition de l'activité,

▮ en veillant à ne pas donner de contre-signal au projet de neutralité tarifaire et au politique d'incitation,

▮ en distinguant ce qui relève du curatif ou de préventif. En effet, il nous semble important de veiller à ce que les établissements qui participent à des programmes de prévention ne soient pas pénalisés (ex des coloscopies).

> Par ailleurs, il apparaît difficile de réguler des activités s'il n'existe pas de recommandation de bonne pratique les concernant.

> Enfin, une telle régulation ne peut s'appliquer à certaines activités comme les naissances.

---

### *Propositions en lien avec l'objectif d'amélioration de la lisibilité du modèle de financement.*

#### > Trouver un meilleur équilibre entre stabilité et précision de la classification

> Certaines des propositions que nous formulons dans le cadre de la poursuite des actions favorisant le développement de la chirurgie ambulatoire, répondent également à cette proposition :

---

> État

> FHP-MCO

---

- ▮ suppression des bornes basses,
  - ▮ poursuite du développement du tarif identique entre les niveaux J et 1.
- > Nous aimerions qu'une réflexion soit menée sur la possibilité de supprimer des niveaux.

> **Clarifier le périmètre des charges financées par les tarifs et renforcer la robustesse et la pertinence des études de coûts**

- > La FHP-MCO ne peut que soutenir toute démarche visant à apporter de la transparence sur le périmètre des outils et les conditions d'utilisation.
- > Nous avons effectué dès 2010 des amendements méthodologiques sur les travaux ENCC. Ces demandes n'ont pas été suivies d'effet malgré les engagements pris.
- > Synthèse des demandes méthodologiques identifiées :
  - ▮ représentativité de l'échantillon, d'établissements retenus dans l'étude 2007,
  - ▮ non incorporation des charges relatives à la participation des salariés et à l'impôt sur les sociétés,
  - ▮ non incorporation de la rémunération des capitaux propres,
  - ▮ règles de répartition de certaines charges indirectes sur les séjours ambulatoires,
  - ▮ intégration d'éléments facturés en sus dans le calcul de certaines clés de répartition,
  - ▮ retraitement des coûts fixes liés à la sous-activité des établissements de soins.

> **Mettre en œuvre une nouvelle régulation tarifaire fondée sur les coûts : la neutralité tarifaire**

- > Au préalable, il convient de définir les contours de la neutralité tarifaire des tarifs en particulier ce que financent les tarifs et ce que financent les opérations Hôpital 2007 et 2012.
- > La notion de neutralité tarifaire étant liée à la qualité des ENC, des avancées méthodologiques concernant la construction de l'échantillon ainsi que du calcul des coûts nous semblent nécessaires.
- > Nous rappelons sur ce sujet le problème d'affectation des consommables coûteux au séjour qui a impacté nos structures.

---

> **TRAVAUX ENGAGÉS DÈS 2013 POUR MISE EN ŒUVRE LORS DES CAMPAGNES 2015 ET SUIVANTES**

---

*Propositions en lien avec l'objectif de réintroduction du service public hospitalier et la création d'un service public territorial de santé.*

> **Service public hospitalier et service public territorial**

- > En l'absence des données relatives aux évolutions législatives, nous ne pouvons que nous prononcer sur les principes.
- > Les dotations afférentes ne doivent pas prendre en compte les différences entre établissements, en termes d'activité ou de résultats.
- > L'objectif à atteindre est que chaque mission de service public puisse être contractualisée pour un montant fixé en toute équité selon des critères mesurables, avec des moyens mis en œuvre affichés et des indicateurs de résultats attendus et ce en toute transparence avec les établissements.

---

> **État**  
> FHP-MCO

---



---

*Propositions en lien avec l'objectif global de promotion des parcours des patients et d'amélioration de l'articulation entre les acteurs.*

> **Ajuster, si nécessaire, les règles de prise en charge des transports sanitaires pour garantir la fluidité du parcours des patients**

- > De tels changements ne peuvent s'effectuer que dans un cadre expérimental selon un cahier des charges précis à arrêter.
- > De nombreuses expérimentations ont d'ores et déjà été lancées dans le cadre de la gestion du risque.

> **Expérimenter un nouveau modèle de financement de la radiothérapie dans les deux secteurs**

- > La FHP-MCO et l'UNHPC ne peuvent que se réjouir de la réouverture de ce dossier ancien. La durée du calendrier prévu ainsi que le silence sur la qualification juridique d'établissement de santé pour les centres libéraux, sur l'extension du recueil PMSI, et sur les retards de la mise à jour de la CCAM, montrent pourtant les limites importantes de l'initiative en cours.

## ENCADRE 3. LA FHP-MCO CONTRE LA DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE

**CE NOUVEAU DISPOSITIF EST INUTILE POUR LE MAINTIEN DES GRANDS ÉQUILIBRES MACROÉCONOMIQUES :**

- ❶ l'ONDAM voté est bien respecté depuis trois ans, voire même sous-exécuté pour le secteur de l'hospitalisation privée,
- ❷ la mise en place du dispositif de coefficient prudentiel dans la LFSS 2013 a déjà apportée une double garantie sur le respect des objectifs de dépenses de l'ONDAM. Les résultats de 2013 ont prouvé l'efficacité de la mesure, = > Les résultats passés montrent qu'il n'est pas utile d'instaurer un 3e niveau de sécurité pour maintenir le respect de l'ONDAM au niveau macro-économique.
- ❸ le coût et la complexité du dispositif de dégressivité tarifaire envisagé au niveau microéconomique, établissement par établissement, ne sont pas évalués et sont disproportionnés au regard de l'enjeu. Les difficultés d'application entraîneront mécaniquement de nombreux contentieux juridiques, sources de dépenses supplémentaires. Les sommes récupérées au final par le biais de ce dispositif pourraient être dérisoires.

**CE DISPOSITIF EST INCOHÉRENT AVEC DE NOMBREUSES AUTRES POLITIQUES CONDUITES PAR LE GOUVERNEMENT :**

- ❶ la politique d'autorisation basée sur la réalisation de seuil minimum d'activité, et recommandée par la Haute autorité de santé, invite les établissements de santé à s'organiser pour développer des niveaux d'activité plus importants (cancérologie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, obstétrique, ...). Le principe de dégressivité tarifaire est contraire au principe de qualité selon lequel « on ne fait bien que ce que l'on fait beaucoup »,

- ❷ les politiques de santé publique conduisent à des augmentations d'activité soit au niveau microéconomique (par concentration des activités sur certains établissements : cancérologie, périnatalité, etc.) soit au niveau macroéconomique (développement national des soins palliatifs), et sont en opposition avec un dispositif de dégressivité tarifaire,
- ❸ les politiques tarifaires incitatives en faveur, par exemple, du développement de la chirurgie ambulatoire sont en totale contradiction avec une telle démarche de financement dégressif,
- ❹ les politiques régionales de planification menées via les SROS par les ARS visent à concentrer les activités sur certains établissements (pas nécessairement par des regroupements juridiques ni par des transferts d'autorisation, mais également par le biais des filières), ou encore à réduire les taux de fuite sur certains territoires de santé. Elles conduisent à des augmentations d'activité au niveau microéconomique orchestrées par le planificateur, et sont en opposition avec le principe de dégressivité tarifaire,
- ❺ l'objectif de simplification fixé et réaffirmé par le président de la République a conduit les différents ministères, dont le ministère de la Santé, à remettre en question les réglementations trop compliquées ou redondantes. Ce nouveau dispositif de dégressivité tarifaire, de par sa complexité et sa redondance, s'inscrit en totale contradiction avec la volonté du président de la République.

**CE DISPOSITIF EST INÉQUITABLE POUR LES ÉTABLISSEMENTS QUI SERONT FINANCIÈREMENT IMPACTÉS :**

- ❶ il n'est pas envisageable de pénaliser un établissement dont

l'activité augmente parce qu'il est implanté sur un territoire attractif en termes de démographie, ou bien parce qu'il est le seul à réaliser telle ou telle activité de soins,

- ❷ il n'est pas envisageable de pénaliser un établissement dont l'activité augmente parce qu'il est spécialisé dans des domaines où la demande de soins est en forte progression de manière objective (cancérologie, insuffisance rénale chronique, etc.). Le rapport charges et produits pour 2014 de la CNAMTS montre que certaines maladies chroniques progressent jusqu'à 7 % par an,
- ❸ il n'est pas acceptable de diminuer les tarifs avec l'accroissement de l'activité, lorsque pour l'activité en question les textes réglementaires imposent un alourdissement des frais de fonctionnement en fonction du volume. C'est en particulier le cas en obstétrique et en dialyse, pour lesquelles l'augmentation d'activité impose par le biais des normes des augmentations de personnels, de locaux et d'équipements,
- ❹ certains établissements peuvent conduire des travaux de restructuration pouvant durer plusieurs années. De fait, l'activité s'en trouve réduite temporairement. Ils seront pénalisés à tort,
- ❺ il n'est pas acceptable d'appliquer le dispositif de dégressivité tarifaire sur des activités subissant déjà l'application d'un effet négatif au titre des tarifs issus des coûts (hémodialyse, chimiothérapie, etc.),
- ❻ globalement, une baisse tarifaire de 20 % au titre de la dégressivité tarifaire - telle qu'annoncée lors de la réunion du 18 décembre 2013 - constitue sans conteste une vente à perte imposée aux établissements.

> **Faire évoluer la politique tarifaire de la prise en charge de l'insuffisance rénale pour une meilleure orientation du patient**

> Sur les propositions en lien avec l'objectif global de promotion des parcours des patients et d'amélioration de l'articulation entre les acteurs.

> Si nous partageons les problématiques posés et les enjeux, l'hospitalisation privée ne peut que regretter les difficultés organisationnelles de la transplantation rénale en France et ses conséquences, qui, rappelons-le, reste dans le cadre d'une mission exclusivement réservé au secteur public.

> L'hospitalisation privée sera partenaire de toute politique d'amélioration de l'accessibilité et du suivi dans la mesure où la place de chacun sera bien précisée avec les responsabilités qui incombent à chacun - néphrologues et tous professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, établissements, agences et autorités, et à tous, dans la capacité à se coordonner dans l'intérêt du patient et de la collectivité.

> **Faire évoluer le modèle de financement des soins palliatifs**

> La question du financement des soins palliatifs doit être revue en fonction des reconnaissances contractuelles. Un système de dotation forfaitaire complétant la T2A serait à étudier.

---

**Propositions en lien avec l'objectif d'amélioration de l'efficacité et de la qualité/pertinence des actes et des prises en charge.**

> **Etudier la faisabilité d'une prise en compte de la démarche d'amélioration de la pertinence des soins dans le modèle de financement, dans une logique incitative à l'amélioration des pratiques**

> En cohérence avec la proposition suivante de la FHP-MCO, formulée pour la construction de la campagne tarifaire 2013 : « Proposition n°1 : Défendre un système de tarification équitable s'appuyant sur la pertinence des prises en charges et la prise en compte de la qualité des soins ».

> Lien avec l'étude sur les inadéquations hospitalières.

> **Réduire les événements indésirables évitables**

> Cet objectif rejoint le programme des incitations à la qualité. Il convient dans un premier temps de conduire les études PREPS qui s'avèrent nécessaires avant d'envisager toute utilisation.

> La recherche d'indicateurs fiables, pertinents, chaînés, et ne générant pas de charge de travail supplémentaire pour les établissements, puisque s'appuyant sur les données PMSI, est une démarche à entreprendre.

> **Réaliser une étude sur la place des hôpitaux de jour dans le parcours de soins orienté vers le domicile**

> Cette question de la place de l'hospitalisation à temps partiel dans le parcours de soins renvoie à d'autres problématiques qui vont bien au-delà de la tarification mais qui touchent à sa définition et plus largement le fait d'avoir des autorisations « en tuyau d'orgue ».

> **Etudier l'opportunité et la faisabilité d'un modèle de dégressivité tarifaire dans l'objectif d'une expérimentation**

> La FHP-MCO réaffirme sa forte opposition au principe de dégressivité tarifaire.

> Cette mesure est incompréhensible pour trois raisons majeures. (voir encadré 3)

---

**Propositions en lien avec l'objectif de promotion de la recherche et de l'innovation.**

> **Introduire une plus grande souplesse dans les modalités d'organisation et de financement afin de permettre des expérimentations régionales dérogoires au droit**

> La question des expérimentations est essentielle mais sous trois conditions :

- la généralisation n'est pas « automatique »,
- l'évaluation est nécessaire pour en tirer les enseignements positifs et négatifs,
- tous les acteurs peuvent y participer.





L'objectif est que chaque mission de service public puisse être contractualisée pour un montant fixé en toute équité selon des critères mesurables.

> **Prendre en charge l'intégralité des surcoûts et du temps de travail consacré à la recherche et à l'évaluation de l'innovation**

> Concernant le transfert de la part fixe vers la part modulable, et même si ce redéploiement vers un financement basé sur des critères d'activité clairement définis constitue une démarche positive, nous renouvelons notre interrogation concernant le redéploiement total sans remise en cause de ces montants fixes.

> Nous constatons par ailleurs une multiplicité de guichets concernant le financement des structures de recherche. Une simplification pourrait, selon nous, être étudiée.

> **Améliorer l'articulation entre les recherches menées (sur les technologies de santé), l'évaluation puis la prise en charge par la collectivité**

> A ce jour, nous constatons que de nombreuses innovations échappent en définitive aux dispositifs existants.

> La question du passage du statut de dispositif nouveau à celui de dispositif largement diffusé est à poser afin d'améliorer la continuité des financements.

---

> **État**

> FHP-MCO

---

# **NOS SYNDICATS PARTENAIRES**

## Dr Gilles Schutz, président de la FHP-Dialyse.

### « C'est la diversité de l'offre sur le territoire, mais aussi l'adéquation de l'offre à la pathologie, qui font la qualité d'une prise en charge. »



« Au cours de l'année 2013, trois dossiers ont monopolisé notre attention. Le premier, et le plus préoccupant, a été celui de la baisse de nos tarifs au 1er mars 2013. Cette diminution a été très significative avec 3% sur nos tarifs de dialyse en centre. Le ministère a justifié sa décision en se basant sur l'Etude nationale de coûts à méthodologie commune (L'ENCC), qui elle-même reposait sur un échantillon dialyse de deux établissements MCO avec une forte activité dialyse en centre. Nous avons immédiatement contesté cette étude arguant que ces deux établissements n'étaient pas, statistiquement, représentatifs de notre secteur. C'est pourtant ainsi que le ministère a prélevé 1/8ème des 23% de résultat net constaté dans ces établissements. Nous avons revu à plusieurs reprises le ministère pour définir les modalités acceptables d'une participation notable à l'ENCC. Des travaux commandés par la DGOS à l'ATIH ont débuté.

Le deuxième dossier syndical a été celui de la sortie de l'EPO de la liste en sus et de sa réintégration dans nos tarifs. La première

proposition des pouvoirs publics était une réintégration de 26 euros correspondant à un coût moyen de la dépense en matière de traitement de l'insuffisance rénale chronique, toutes modalités de traitement confondues. Dans ce contexte et dans une approche pragmatique évidemment à court terme, nous avons choisi d'adopter une position neutre dans un premier temps. Mais le think tank Renaloo et la FNAIR ont émis un avis non opposé à la réintégration de l'EPO, mais en indiquant par communiqué que 15 euros couvraient la dépense en secteur privé.

Nous avons alors défendu et plaidé pour la création d'un forfait anémie qui intégrerait fer, EPO et transfusions, dont le coût est fixé par les pouvoirs publics et mettant ainsi le traitement de l'anémie hors d'atteinte des baisses répétées de nos tarifs... Proposition refusée !

Le troisième dossier concerne nos propositions en matière de simplification des normes inscrites depuis les décrets de

2002. Un ensemble de points a été intégré dans les propositions de simplification des normes, tous secteurs MCO, que la FHP-MCO a transmises aux pouvoirs publics. Enfin, la FHP-Dialyse a participé activement au Comité de pilotage de l'insuffisance rénale chronique, pilotée par la DGOS du ministère de la santé et auquel participe l'ensemble des organisations professionnelles concernées. Nous

avons particulièrement travaillé sur une politique de greffe plus active ainsi que sur les mesures incitatives que souhaite nous voir

déployer la DGOS en matière de dialyse de proximité et à domicile. La FHP-Dialyse réaffirme la liberté de choix des patients de leur traitement et le rôle central du médecin néphrologue dans les indications de traitement et dans l'information éclairée de son patient. C'est la diversité de l'offre sur le territoire, mais aussi l'adéquation de l'offre à la pathologie, qui font la qualité d'une prise en charge. »

**La FHP-Dialyse réaffirme la liberté de choix des patients de leur traitement.**



## **Dr Bernard Couderc, président de l'UNHPC.** **« Il faut commencer dès maintenant à réfléchir aux nombreux bouleversements impliqués par ces techniques. »**

### **Quels ont été les temps forts de l'année 2013 en cancérologie ?**

Sans conteste, la rédaction d'un 3<sup>e</sup> Plan cancer, qui a été présenté par le président de la République le 4 février dernier. Le précédent Plan cancer a couru de 2009 à 2013. Le président Hollande avait annoncé le 3<sup>e</sup> Plan cancer en décembre 2013 et avait demandé un rapport préparatoire au Pr Vernant, hématologue à Paris. Les consultations organisées par le Pr Vernant et l'équipe qu'il a constituée ont été difficiles sur plusieurs points, en particulier les réseaux, l'oncologie médicale et l'anatomocytopathologie, et surtout en raison de la méconnaissance de notre secteur, son organisation, son fonctionnement et de l'importance de son activité. Une note sur le paiement au parcours de soins nous a été demandée, mais nous doutions un peu que le Pr Vernant puisse aller bien loin : il nous avait dit lui-même que la question, pour nous prioritaire, de l'articulation de

l'Assurance maladie au futur Plan, « dépassait ses compétences ». Des groupes de travail ont été créés par les deux ministères concernés avant même que son rapport ne soit officialisé, en septembre dernier. Ce rapport, finalement, nous a fortement inquiétés sur plusieurs points : conception hiérarchique de l'organisation, mise en cause des réseaux, absence totale de prise en compte du secteur libéral, et de l'organisation des dépistages... Le travail préparatoire au Plan a ensuite été confié aux groupes de travail créés durant l'été, selon une procédure inédite de secret total. Une troisième phase a suivi : celle de la rédaction par l'INCa. On est resté, là encore, dans la confidentialité. Il faudrait aussi citer beaucoup d'autres choses si l'on voulait faire

un bilan exhaustif de l'année 2013 : la baisse des tarifs, les autorisations, la rémunération des RCP, les MIGAC, les soins palliatifs...

### **Quels sont vos principaux combats syndicaux ?**

Toujours les mêmes, avec l'impression désagréable de répéter inlassablement les mêmes choses au fil des années :

– problème de la baisse des tarifs en général, et du GHS de chimio en particulier : il faut tenir compte des charges supplémentaires des établissements liées à la sortie de médicaments des listes en sus, au renforcement

des normes de préparation tant au niveau des équipements, des locaux, que du personnel,  
– renoncer à l'application de la loi sur la dégressivité tarifaire,

**« Nous souhaitons la reconnaissance de la médecine libérale et de l'hospitalisation privée à sa juste place, celle de leader dans le dépistage, le diagnostic et le soin aux patients malades du cancer. »**

- la juste rémunération des actes, notamment pour la chirurgie carcinologique lourde, pour les chimiothérapies en établissements. Ces actes devraient être évalués à leur juste valeur pour éviter les dépassements d'honoraires inacceptables en cancérologie,
- les centres de radiothérapie libéraux ne sont toujours pas reconnus comme établissements de santé et ne bénéficient pas du PMSI descriptif et tarifant, avec des freins pour l'accès aux techniques et équipements innovants,
- la prise en compte de l'oncologie médicale à la hauteur des responsabilités qui sont les siennes et qui vont se développer encore avec l'arrivée des traitements ciblés et leur transfert au domicile d'où la nécessité de revaloriser les consultations médicales longues d'annonce et de prescription,
- l'accès pour le secteur privé et libéral aux essais cliniques car nos organisations, nos modes de

rémunération et d'assurance nous le rendent difficiles,

- le soutien aux anatomopathologistes libéraux pour qu'ils aient enfin accès aux techniques de biologie moléculaire. Le rapport DGOS les concernant n'est toujours pas appliqué...
- les soins palliatifs car il y a encore beaucoup à faire en la matière et l'annonce par les politiques d'une nouvelle loi sur la fin de vie nous fait craindre plus d'effets pervers que d'effets positifs pour les patients.

#### **Quels sont vos souhaits pour 2014 ?**

Nous souhaiterions l'application d'un Plan cancer équilibré utile à tous et d'abord au patient, en cohérence avec les politiques de santé. Nous souhaitons la reconnaissance de la médecine libérale et de l'hospitalisation privée à sa juste place, celle de leader dans le dépistage, le diagnostic et le soin aux patients malades du cancer qui ne demande pas de privilèges mais simplement

à être intégrée et reconnue comme acteur et partenaire plein et entier du système de santé.

La présidence du CNC m'a été confiée. Comme partout, fédérer est une tâche aussi difficile que nécessaire. Peut-être aussi les enjeux liés au Plan Cancer expliquent cette difficulté qu'a l'interprofession à se solidariser et à s'exprimer d'une seule voix... Raison de plus pour réussir la mutation de l'UNHPC, et le renouvellement de ses instances permanentes, car les libéraux sont plus vulnérables que leurs collègues du public. D'où la nécessité de prendre en compte la spécificité de la médecine libérale du point de vue de son attractivité pour les jeunes qui sont notre avenir à tous. »



# LES TEMPS FORTS



# Les temps forts de l'année

## **MERCREDI 27 MARS 2013 ET MARDI 26 NOVEMBRE 2013 CLUB DES MÉDECINS DIM DU SECTEUR PRIVÉ**

Outre la mission de vous défendre politiquement et économiquement auprès de nos tutelles nationales, la FHP-MCO a également la mission de vous accompagner dans vos pratiques quotidiennes. Les réunions du Club des médecins DIM sont une des réponses à cette mission. Le Club des médecins DIM du secteur privé est né du souhait de la FHP-MCO et de son groupe de travail « Evolution de la classification des GHM », piloté par le Dr Marie-Paule Chariot, de favoriser échanges et partages d'expériences entre médecins DIM.

Cet objectif est pleinement réalisé : les deux réunions programmées en 2013, soit la 4<sup>e</sup> et la 5<sup>e</sup> depuis la création du club, ont répondu à un réel besoin. Elles ont connu un franc succès avec plus de 70 participants, principalement des médecins DIM, mais aussi quelques TIM ou directeurs, représentant près de 300 établissements. De plus, l'analyse des questionnaires de satisfaction montrent que ces journées continuent de répondre à une attente forte : plus de 98 % des répondants ont trouvé que ces journées ont répondu à leurs attentes. La lecture des résultats de ce questionnaire nous guident avec les membres du groupe de travail « Evolution de la classification des GHM » dans l'élaboration des ordres du jour en essayant de garder pour chaque journée une large part du temps aux échanges.

Ainsi, ces deux journées en 2013 ont été construites selon trois axes :

- un temps consacré à la campagne en cours ou à venir : en mars, présentation de la campagne 2013, avec notamment la présentation de la classification 2013 par l'ATIH (Dr Michèle Brami) et en novembre, un tour d'horizon des évolutions attendues ou encore en discussion pour la campagne MCO 2014,

- un temps consacré au contrôle externe T2A qui a fait l'objet de nombreux échanges avec les représentants de la CNAMTS, les Drs Odile Martinez (UCR PACA), et Annie Fouard (CNAMTS) en mars, et le Dr Valérie-Jeanne Bardou (CNAMTS) en novembre,
- une ouverture avec un sujet connexe au PMSI et à la T2A MCO : la réforme du financement en SSR avec Eric Noel (conseiller technique FHP-SSR) en novembre, ou la certification V2014 et la démarche patient traceur, avec Claire Haeyaert du BAQIMEHP en mars.

Les différents documents et présentations diffusés lors de ces journées sont disponibles sur le site de la FHP-MCO.

## **JEUDI 16 MAI 2013 ET MARDI 10 DÉCEMBRE 2013 CLUB SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT**

Le Club soins palliatifs répond à un besoin exprimé lors des rencontres de la profession. Cette thématique est importante car 21 % des prises en charge en soins palliatifs sont effectuées par le secteur privé. Il est ouvert à l'ensemble des acteurs de la filière, qu'ils soient membres de direction, praticiens, médecins DIM.

Il est un lieu de partage, de retours d'expérience entre établissements, de diffusion de bonnes pratiques paramédicales et médicales sur la prise en charge en soins palliatifs, alors que certains professionnels se sentent un peu isolés dans leur exercice.

L'analyse du questionnaire de satisfaction montre bien le besoin que vient couvrir ce club avec un taux de satisfaction très élevé.

Le Club soins palliatifs s'est réuni deux fois en 2013, en mai et décembre. Il rassemble à chaque réunion près de 70 professionnels, essentiellement des médecins, directeurs des soins, infirmières en charge de ces soins, soit

## Dr Marie-Paule Chariot, pilote du groupe de travail *Évolution de la classification des GHM* et instigatrice du club des médecins DIM



« Le travail du médecin DIM est de coder au mieux, donc son rôle est majeur dans l'établissement. »

« En 2013, nous avons géré la continuité de nos dossiers. Nous avons réuni à nouveau les médecins DIM de façon à pouvoir partager, mutualiser l'information. J'en profite pour remercier Lamine Gharbi et Thierry Béchu qui sont à l'initiative et permettent la poursuite de ce projet.

Le travail du médecin DIM est de coder au mieux, donc son rôle est majeur dans l'établissement. Ce codage est soumis ensuite à des contrôles par l'Assurance maladie.

Ces réunions et ces échanges nous permettent le partage des expériences des contrôles et rassèrent.

En partageant ces informations et ces expériences, avec les confrères, nous aidons les directions d'établissement pour que les contrôles permettent d'arriver à une qualité de codage et une absence de sanction.

Réunis deux fois à Paris et nombreux, les médecins DIM ont globalement très apprécié ces moments d'échange et d'information.

Indépendamment des réunions de médecins DIM, un groupe de médecins DIM, dynamiques et précieux partenaires du syndicat, se

réunit pour cibler les nouveautés en codage et il collecte les informations provenant du terrain. Notre objectif en 2014 est de poursuivre le même mode opératoire.

Notre second grand chantier a été l'ouverture d'une salle de discussions avec sa base documentaire dédiée.

Un travail de réflexion et de mise en œuvre a été engagé en 2013 dans la rubrique « salle de discussion » du site FHP MCO, afin de proposer début 2014 une salle consacrée

à l'information médicale accompagnée de sa base documentaires.

Dans cette salle « Club de l'information

médicale » figure notamment des témoignages sur les difficultés auxquelles chacun peut être confronté. Quels que soient les guides de codage ou les conversations échangées par e-mail, il y a des références qu'il est nécessaire d'aller chercher.

La FHP-MCO est à l'initiative de cette salle de discussion, qui répond aux attentes de chacun de façon sécurisée et qui peut être enrichie après validation.

Cette aide en ligne est un soutien sûr et fiable dans le cadre d'un partage d'expériences entre professionnels.

Nous répondons à une vraie attente puisque 97 % de retours sont positifs dans les questionnaires de satisfaction.

Sinon nous travaillons actuellement sur le codage de la précarité (CMU, AME, CMUc,...), car, nous ne pouvons décemment pas demander à une personne qui entre en établissement ses moyens financiers et s'il est imposable ou non.

Un autre thème qui nous préoccupe concerne les pathologies présentes à l'entrée. La CNAMTS estime que, quand une pathologie est présente à l'entrée, elle peut être valorisée. En revanche si le patient contracte une pathologie durant son séjour, cela serait du ressort de l'établissement...

Par exemple, si une personne hospitalisée a fait une phlébite pendant son séjour, ce serait imputable à l'hospitalisation, non payé en plus, quelque soient les coûts supplémentaires engendrés et pris en charge par l'établissement : la discussion sur tous ces sujets est encore ouverte et soumise à concertation.

En quelques mots de conclusion sur le travail de cette année, résultats conviviaux et appréciés, à suivre et à poursuivre ! »

l'équivalent d'une structure sur deux.

En 2013, nous avons notamment accueilli le Dr Ivan Krakowski (président de l'AFSOS) qui a présenté les référentiels de soins de l'Association francophone pour les soins oncologiques de support, ainsi que Lucas Morin de l'Observatoire national de la fin de vie qui a présenté plusieurs études (« Les équipes mobiles de soins palliatifs », « La chimiothérapie en fin de vie »).

Des retours d'expérience ont également été organisés notamment en SSR et HAD, afin de présenter les spécificités des prises en charge relevant des soins palliatifs dans ces secteurs hospitaliers.

Par ailleurs, un espace de discussion a été ouvert sur le site Internet de la FHP-MCO, afin que les professionnels puissent prolonger leurs discussions sur l'ensemble des thèmes touchant aux soins palliatifs et réagir sur l'actualité juridique lors de la publication de certains projets de loi.

## **JEUDI 19 SEPTEMBRE 2013 FINANCEMENT MIGAC/FIR**

La première journée thématique consacrée aux financements autres que ceux à l'activité était organisée. Nous avons envisagé à cette occasion toutes les enveloppes financières, à savoir MIGAC/MERRI, FIR, SRIS, Hôpital numérique. Compte tenu des évolutions actuelles de financements (fongibilité des enveloppes, création de MIG) et des marges de manœuvre croissantes des ARS sur ces sujets, ces financements ont été traités en plusieurs points :

- ▮ les évolutions du modèle de financement MIGAC par les représentants de la DGOS (Félix Faucon, chef de service et Olivier Louvet, chef du bureau innovation et recherche clinique),
- ▮ les modalités d'application sur le terrain par un représentant d'ARS,
- ▮ les retours d'expériences de représentants d'établissements privés.

L'analyse du questionnaire de satisfaction montre bien le besoin qu'est venu couvrir ce type de rencontre.

## **MERCREDI 29 ET JEUDI 30 MAI 2013 PREMIÈRE CONVENTION FHP-MCO, LA GRANDE-MOTTE**

Notre congrès de l'an dernier était placé sous le signe de nos valeurs et de nos missions au service du public que nous devons défendre plus encore aujourd'hui. De nouvelles attaques viennent remettre en cause le cœur de nos métiers et notre liberté d'entrepreneur. Dans ce contexte hostile, nous devons revendiquer plus encore la reconnaissance et le respect de notre profession en portant un seul et unique objectif pour les années 2013 et 2014... un objectif à plusieurs dimensions.

Cet objectif est la T.E.R.R.E. !

- ▮ Transparence des droits et devoirs de chacun, professionnels et tutelles,
- ▮ Équité de traitement des professionnels de santé,
- ▮ Reconnaissance de notre capacité à être un acteur de santé publique à part entière,
- ▮ Respect des femmes et des hommes qui œuvrent quotidiennement dans nos structures,
- ▮ Evaluation des politiques de santé publiques et médico-économiques.

La T.E.R.R.E. renvoie aussi à notre première préoccupation d'acteur de santé publique : assurer la prise en charge de la population au plus proche, au sein de chacun de nos territoires de proximité et de recours. C'est sous la bannière de cet objectif multidimensionnel que nous vous avons proposé de nous rassembler et démontrer ainsi notre capacité à agir. Notre rassemblement annuel, jusqu'alors unique journée précédent celui de la FHP, a évolué vers un concept de convention qui offre une nouvelle liberté d'expression aux sujets spécifiques du M, C et O. Deux journées d'études, d'échanges d'informations et de pratiques pour partager des retours d'expériences, mais également, anticiper ensemble l'avenir de nos métiers et de nos structures. Les thèmes de notre première convention :

- ▮ quel renouveau de la relation médecins / établissement ?
- ▮ quelles nouvelles réponses à apporter aux parturientes, aux patients, aux clients qui nous font confiance ?
- ▮ quelle mutation de nos organisations, nos capacités capitalistes, notre talent à mettre en commun nos forces pour accroître notre efficacité individuelle et collective ?



**MERCREDI 11  
ET JEUDI 12 SEPTEMBRE 2013  
SÉMINAIRE STRATÉGIQUE ANNUEL,  
BIARRITZ**

Les administrateurs travaillent ! Les réunions du conseil d'administration affichent un taux de participation de près de 80 % . Ils étaient plus de 40 pour ce conseil d'administration stratégique annuel de deux jours.

Au menu beaucoup de technique juridique, économique pour faire nécessairement le point mais surtout décider ensemble des positions que le syndicat défendra aux nombreuses réunions du ministère. Les décisions suivantes ont été prises :

- POUR une enveloppe unique public/ privé mais différente par champ de spécialité MCO/SSR/PSY
- POUR le mode d'exercice libéral
- POUR le financement à la qualité via l'expérimentation IFAQ
- POUR un financement prioritairement par les tarifs avant des subventions
- POUR la pertinence des actes, des séjours et des modes de prise en charge
- CONTRE l'intégration des honoraires dans les GHS
- CONTRE des tarifs dégressifs en fonction des volumes ou de la non pertinence des actes
- CONTRE la modulation des tarifs via l'application d'un coefficient correcteur

C'est à l'aune du principe fondamental d'égalité de droits et devoirs entre les secteurs hospitaliers que les évolutions réglementaires, économiques, organisationnelles, sanitaires sont analysées. Défendre mais aussi proposer.

Même si le principe de la T2A n'a pas été remis en cause par ce gouvernement, une réforme de cette réforme est en route. Ce séminaire faisait le point sur ce work in progress. Pour mémoire, dès 2005 pour l'hospitalisation de court séjour, le financement des établissements évoluait vers la «tarification à l'activité» ou communément appelée, T2A. Une onde de choc qui bousculait de nombreuses pratiques. 2013, une réforme de cette réforme de la T2A est lancée et vise un réajustement. Le Dr Michèle Brami, médecin conseil à la FHP-MCO, est revenue sur les différentes étapes de sa mise en œuvre et sur ses grands principes.

Par ailleurs, le financement de demain prendra en compte les filières de soin et la qualité :

les administrateurs examinaient les cartes à jouer grâce à la présentation du dispositif IFAQ présenté par le Dr Paul Garassus et Laure Dubois.

Puis, les relations médecins/directeurs ont été largement abordées. Le sort de l'établissement et celui des médecins sont liés. Si le corps médical est en bonne santé, les établissements le sont également, mais si des signaux contradictoires sont émis, le cancer s'installe ! Maître Musset spécialisé en droit de la santé faisait le point et présentait trois conduites pour évoluer d'une posture statique (le contrat) à une posture dynamique (la relation) et les dix points d'achoppement pour dépasser les sujets qui fâchent ?

Enfin, la FHP-MCO invitait ses administrateurs à s'interroger sur la notion de service. En effet, alors que des grandes marques s'approprient le champ lexical de la santé (« prendre soin / caring ») pour témoigner des services apportés à leurs clients, le secteur hospitalier lui-même, focalisé sur la sécurité et la qualité des soins, ne s'engage que secondairement dans la culture du service au patient. Claire Bonniol, directrice associée de l'Académie du service, nous présentait ses recommandations.





C'est à l'aune du principe fondamental d'égalité de droits et devoirs entre les secteurs hospitaliers que les évolutions réglementaires, économiques, organisationnelles, sanitaires sont analysées.





# LA VIE SYNDICALE

# Un bureau pour défendre la profession



**Lamine GHARBI**  
Président



**Ségolène BENHAMOU**  
Vice-présidente



**Jean-Daniel SIMON**  
Trésorier



**Dr Dominique POELS**  
Secrétaire général



**Béatrice CAUX**



**Dr Bernard COUDERC**



**Pascal DELUBAC**

## BUREAU

**Lamine GHARBI**

Président

**Ségolène BENHAMOU**

Vice-présidente

**Jean-Daniel SIMON**

Trésorier

**Docteur Dominique POELS**

Secrétaire général

**Béatrice CAUX**

Membre du bureau

**Docteur Bernard COUDERC**

Président UNHPC

**Pascal DELUBAC**

Membre du bureau

**Docteur Gilbert LEBLANC**

Membre du Bureau

**Sylvie PEQUIGNOT**

Membre du bureau

**Gérard REYSSEQUIER**

Membre du bureau

**Docteur Gilles SCHUTZ**

Président FHP Dialyse

**Docteur Philippe TOURRAND**

Membre du bureau

## DES RENCONTRES FRÉQUENTES

Mensuellement, les membres du Bureau FHP-MCO se réunissent pour débattre et soumettre au Conseil d'administration des projets.

Les Conseils d'administration sont l'occasion d'arrêter les grandes orientations de la profession, notamment lors du séminaire stratégique annuel organisé cette année à Biarritz.

## DES INVITÉS NOMBREUX

Pour alimenter ces réflexions et débats, de nombreux invités interviennent :

**Édouard COUTY :**

*La place du service public hospitalier dans l'environnement sanitaire et social, le dialogue social à l'hôpital et le fonctionnement des établissements.*

**Félix FAUCON**, Chef de service DGOS : *Campagne tarifaire.*

**Maître Thierry DUGAST :** *Actions juridiques, CICE.*

**Guy DALMIERES & Gilbert BORG :** *Comptes de la FHP-MCO*

**Dr Paul GARASSUS :** *IFAQ.*

**Maître François MUSSET :** *Relations médicales au sein des établissements de santé privés.*

**Matthieu SINCLAIR :**

*La « magie de la relation » : Les ressorts psychologiques de l'art magique.*

**Claire BONNIOL :**

*Le marketing hospitalier.*

## DES COMMISSIONS DE TRAVAIL ACTIVES

Les commissions de travail constituent un soutien aux instances décisionnaires, Bureau et Conseil d'administration, afin d'apporter recommandations et orientations à prendre sur des sujets tant politiques que techniques. Lire page 53 le rappel des commissions et leurs pilotes.



Sylvie  
PEQUIGNOT



Dr Gilbert  
LEBLANC



Gérard  
REYSSEGUIER



Dr Gilles  
SCHUTZ



Dr Philippe  
TOURRAND

**Les Conseils d'administration sont l'occasion d'arrêter les grandes orientations de la profession, notamment lors du séminaire stratégique annuel organisé cette année à Biarritz.**

#### MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Antoine AMIOT  
Isabelle BIELLI NADEAU  
Nicolas BIOULOU  
Sophie BORDIER  
Dominique BOULANGÉ  
Philippe CARBONEL  
Maxime CARLIER  
Patrick CHARLOT  
Docteur Ange CUCCHI  
Stéphan DE BUTLER  
Aimery DELEFLIE  
Fabrice DERBIAS  
Christine DERMER  
Sophie DOSTERT  
Jean-Luc DUBOIS

Isabelle DUMONT  
Docteur Jean-Pierre FOULON  
Jean-Marc FRENEHARD  
Marie-Paule GAILLARD  
Frédérique GAMA  
Marie-France GAUCHER  
Christian GUICHARD  
Bernadette GUITARD  
Docteur Ali HASBINI  
Fabrice JOURNEL  
Docteur Claude KADJI  
Vincent LACOMBE  
Philippe LEVACHER  
Docteur Stéphane LOCRET  
Docteur Anne MALLET

Daniel MAZEROLLE  
Patrick MIGNOT  
Sébastien MOUNIER  
Docteur Max PONSEILLÉ  
Laurent RAMON  
Sami-Frank RIFAÏ  
Olivier RIT  
Denis ROUDIL  
Yvan SAUMET  
Paolo SILVANO  
Fabienne STAUB  
Nicolas VALENTIN  
Olivier VERRIEZ

# Une équipe permanente



**Lamine GHARBI**  
*Président*  
direction@ polyclinique-pasteur.fr



**Thierry BECHU**  
*Délégué général*  
thierry.bechu.mco@fhp.fr



**Séverine DEFOSSÉ**  
*Secrétaire générale*  
severine.defosse.mco@fhp.fr



**Caroline PATRITTI**  
*Secrétaire*  
caroline.patritti.mco@fhp.fr



**Karine DESLANDES**  
*Secrétaire*  
karine.deslandes.mco@fhp.fr



**Fatiha ATOUF**  
*Juriste*  
fatiha.atouf.mco@fhp.fr



**Pauline MENCHON**  
*Juriste*  
pauline.menchon.mco@fhp.fr



**Laure DUBOIS**  
*Economiste*  
laure.dubois.mco@fhp.fr



**Thibault GEORGIN**  
*Economiste*  
thibault.georgin.mco@fhp.fr



**Michèle BRAMI**  
*Médecin conseil*  
michele.brami.mco@fhp.fr

## PARTENAIRES DE COMMUNICATION



**Véronique MOLIERES**  
*Communication*  
vmolieres@bvm-communication.com



**Francis TEMMAN**  
*Relations presse*  
francis.temman@bridge-communication.com



**Myriam CARVILLE**  
*Internet*  
myriam.carville@be-angels.com

## Les commissions de travail constituent un soutien aux instances décisionnaires

### COMMISSION FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

PILOTE : GÉRARD REYSSEGUIER  
 RÉFÉRENT FHP-MCO : LAURE DUBOIS  
 LIGNE DIRECTE : 01 53 83 56 57  
[laure.dubois.mco@fhp.fr](mailto:laure.dubois.mco@fhp.fr)

### COMMISSION RÉANIMATION/SURVEILLANCE CONTINUE/USI

PILOTE : DR GILBERT LEBLANC  
 ET DR PHILIPPE TOURRAND  
 RÉFÉRENT FHP-MCO : LAURE DUBOIS  
 LIGNE DIRECTE : 01 53 83 56 57  
[laure.dubois.mco@fhp.fr](mailto:laure.dubois.mco@fhp.fr)

### GROUPE DE TRAVAIL ÉVOLUTION DE LA CLASSIFICATION DES GHM

PILOTE : DR MARIE-PAULE CHARLOT  
 RÉFÉRENT FHP-MCO : LAURE DUBOIS  
 LIGNE DIRECTE : 01 53 83 56 57  
[laure.dubois.mco@fhp.fr](mailto:laure.dubois.mco@fhp.fr)

### COMMISSION NAISSANCE

PILOTE : GÉRARD REYSSEGUIER  
 RÉFÉRENT FHP-MCO : PAULINE MENCHON  
 LIGNE DIRECTE : 01 53 83 56 59  
[pauline.menchon.mco@fhp.fr](mailto:pauline.menchon.mco@fhp.fr)

### FORUM DE LA NAISSANCE

PILOTE : DR OLIVIER JOURDAIN  
 RÉFÉRENT FHP-MCO : PAULINE MENCHON  
 LIGNE DIRECTE : 01 53 83 56 59  
[pauline.menchon.mco@fhp.fr](mailto:pauline.menchon.mco@fhp.fr)

### COMMISSION INSPECTIONS/ CONTRÔLES/SANCTIONS

PILOTE : PASCAL DELUBAC  
 RÉFÉRENT FHP-MCO : FATIHA ATOUF  
 LIGNE DIRECTE : 01 53 83 56 80  
[fatiha.atouf.mco@fhp.fr](mailto:fatiha.atouf.mco@fhp.fr)

### COMMISSION URGENCE/ PERMANENCE DES SOINS

PILOTE : CHRISTIAN GUICHARD  
 ET SYLVIE PEQUIGNOT  
 RÉFÉRENT FHP-MCO : FATIHA ATOUF  
 LIGNE DIRECTE : 01 53 83 56 80  
[fatiha.atouf.mco@fhp.fr](mailto:fatiha.atouf.mco@fhp.fr)

### CLUB DES MÉDECINS DIM

PILOTE : DR MARIE-PAULE CHARLOT  
 RÉFÉRENT FHP-MCO : LAURE DUBOIS  
 LIGNE DIRECTE : 01 53 83 56 57  
[laure.dubois.mco@fhp.fr](mailto:laure.dubois.mco@fhp.fr)

### CLUB SOINS PALLIATIFS ET SOINS DE SUPPORT (EN PARTENARIAT AVEC L'UNHPC)

PILOTES : DR ANNE MALLET  
 ET DR PHILIPPE TOURRAND  
 RÉFÉRENT FHP-MCO : THIBAUT GEORGIN  
 LIGNE DIRECTE : 01 53 83 56 75  
[thibault.georgin.mco@fhp.fr](mailto:thibault.georgin.mco@fhp.fr)





# ANNEXES

# Les éditos de Lamine Gharbi

## 2 000 signes pour interpeller et mobiliser les acteurs

03 JANVIER 2013

**Des raisons d'espérer**  
**Vœux**

10 JANVIER 2013

**A la recherche du point perdu**  
**Les tarifs**

17 JANVIER 2013

**Plus transparent que transparent, c'est invisible**  
**Absence de Marisol**  
**Touraine**

24 JANVIER 2013

**2013, une triple peine !**  
**Baisse des tarifs**

31 JANVIER 2013

**Paranoïaques ?**  
**Un pacte de confiance**

7 FÉVRIER 2013

**Une stratégie nationale**  
**Dans l'attente du discours**  
**du Premier Ministre**

14 FÉVRIER 2013

**Les séductions du secteur privé ne manquent pas !**  
**La 200e édition du 13H**

21 FÉVRIER 2013

**Sans autre choix**  
**La déliquescence du système sanitaire anglais**

28 FÉVRIER 2013

**A vos marques, prêts, calculez !**  
**Publication des tarifs**

07 MARS 2013

**Un homme sur deux est une femme !**

**La parité au sein de l'hôpital privé – Edito de Ségolène Benhamou, vice-présidente**

14 MARS 2013

**Repenser notre modèle social**  
**NAO**

21 MARS 2013

**CICE : nouvelle explication de texte**  
**Neutralisation de l'effet CICE**

28 MARS 2013

**Des médecins DIM mobilisés**  
**Un grand succès**

04 AVRIL 2013

**Les SROS Urgences sont à revoir**  
**Organisation des urgences**

11 AVRIL 2013

**Tolérance zéro**  
**Réaction aux propos de Pierre Moscovici**

18 AVRIL 2013

**Notre patrimoine**  
**La transparence du secteur**

25 AVRIL 2013

**Parce que vous le valez bien !**  
**La vie syndicale**

02 MAI 2013

**La voie juridique**  
**CICE**

16 MAI 2013

**On se voit le 29 & 30 ?**  
**Invitation au congrès annuel FHP-MCO**

23 MAI 2013

**On les aime nos cliniques !**  
**Engagement dans le développement durable**

30 MAI 2013

**Convention FHP-MCO à la Grande-Motte**  
**Retour en photos**

06 JUIN 2013

**Une relation puissante et positive avec nos patients**  
**La confiance des patients selon IPSOS**

13 JUIN 2013

**« No signal »**  
**Le prix de la santé**

20 JUIN 2013

**Privés de ministre !**  
**Publication d'une page dans Le Monde**

27 JUIN 2013

**Un dialogue rétabli ?**  
**Absence de Marisol**  
**Touraine aux trophées de la FHP**

04 JUILLET 2013

**Arracher des mini succès !  
Suppression des normes**

11 JUILLET 2013

**Nos établissements sous la  
contrainte des mutuelles ?  
La loi le Roux**

18 JUILLET 2013

**Des ressources  
complémentaires ?  
Journées FHP-MCO le 19  
septembre « Evolution  
des enveloppes de  
financement »**

25 JUILLET 2013

**Une main tendue  
La visite de Marisol  
Touraine à l'Hôpital privé  
de Trappes**

1<sup>er</sup> AOÛT 2013

**Bonnes vacances !  
Vacances**

5 SEPTEMBRE 2013

**La rentrée... Pour qui ?  
La rentrée**

12 SEPTEMBRE 2013

**Ils travaillent pour vous  
La semaine annuelle  
stratégique de la FHP-MCO**

19 SEPTEMBRE 2013

**Notre allié  
Le rapport de la Cour des  
comptes**

26 SEPTEMBRE 2013

**L'attention à l'usager est  
l'ADN de l'hospitalisation  
privée  
Le 4<sup>e</sup> congrès des usagers**

3 OCTOBRE 2013

**Réalisme... ?  
PLFSS**

10 OCTOBRE 2013

**Un danger immédiat  
Dégressivité tarifaire**

17 OCTOBRE 2013

**L'histoire rebat-elle les  
cartes ?  
PLFSS**

24 OCTOBRE 2013

**Une action syndicale à  
plusieurs détentes  
PLFSS**

31 OCTOBRE 2013

**Un dégel qui nous  
réchauffe  
PLFSS**

7 NOVEMBRE 2013

**« L'EPP », l'émulation  
public-privé  
Une saine compétition  
avec l'hôpital**

14 NOVEMBRE 2013

**Le devenir d'une filière  
d'excellence  
Les résultats de  
l'observatoire économique  
des cliniques**

21 NOVEMBRE 2013

**Le dégel apporte toujours  
une bonne nouvelle  
Les crédits au titre du  
coefficient prudentiel sont  
libérés**

28 NOVEMBRE 2013

**Vous êtes formidables  
La semaine de la sécurité  
du patient**

05 DÉCEMBRE 2013

**Un capital image positif  
Les résultats du sondage  
IPSOS**

12 DÉCEMBRE 2013

**La dégressivité ne passera  
pas par moi !  
Le dispositif de la  
dégressivité est entériné  
par la ministre**

19 DÉCEMBRE 2013

**Des réseaux de dupes  
Le dernier round du vote  
de la loi Le Roux**

26 DÉCEMBRE 2013

**Progressivité  
... plutôt que dégressivité**

# Les dépêches MCO

## Une veille juridique et documentaire précieuse

02/01/13

Nouvelle version de la base LPP - 295

07/01/13

Procès-verbal de notre 5<sup>e</sup> assemblée générale FHP-MCO

07/01/13

**PRESSE.** Non, M. le président de la République, les urgences des cliniques ne font pas le tri des patients !

07/01/13

Recueil et traitement du PMSI 2013 : les premiers éléments sont parus

08/01/13

Résultats des Indicateurs de qualité : prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral

08/01/13

Résultats des Indicateurs de qualité : prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat

15/01/13

Chirurgie ambulatoire: actualisez votre règlement intérieur !

15/01/13

Enquête DREES sur les urgences

17/01/13

Questionnaire de satisfaction *Dialogue Santé*

22/01/13

**PRESSE.** Cliniques & hopitaux privés : le gouvernement menace directement l'emploi et les investissements

22/01/13

Nouvelle version de la base LPP - 298

28/01/13

**PRESSE.** Campagne tarifaire 2013 : ce que ne dit pas la FHF

31/01/13

MMHT2A : accompagnement des établissements MCO sur les données T2A

04/02/13

CMA et Manuel des GHM v11e

04/02/13

J'aime ma clinique ! Commandes de sacs, badges et autocollants

11/02/13

Décret Prorogation CPOM

13/02/13

Guide méthodologique PMSI MCO 2013

13/02/13

**AGISSONS.** Pour le maintien du service de chirurgie cardiaque de la clinique Belledonne près de Grenoble.

14/02/13

27 Mars 2013 - Paris - Club des médecins DIM

20/02/13

Enquête - La parité homme-femme au sein des directions des établissements privés MCO

20/02/13

Campagne de recueil 2013 des indicateurs qualité - prise en charge AVC

21/02/13

Fonction de groupage 13.11e

21/02/13

Jeudi 16 mai 2013 - Club Soins palliatifs et de support

26/02/13

Nouvelle version de la base LPP - version 302

27/02/13

Salles de discussion FHP-MCO

27/02/13

Rappel ! 27 Mars 2013 - Paris - Club des médecins DIM

28/02/13

Arrêté Prestations 2013

28/02/13

Arrêté Tarifaire 2013

01/03/13

Rappel ! Enquête - La parité homme-femme au sein des directions des établissements privés MCO

01/03/13

**PRESSE.** Non, M. le président de la République, les urgences des cliniques ne font pas le tri des patients !

01/03/13

**PRESSE.** Tarifs hospitaliers 2013 - baisse contre-productive et inique

01/03/13

Décret Coefficient prudentiel

05/03/13

Nouvelle version de la base LPP - version 303

05/03/13

Dernier Rappel ! Enquête - La parité homme-femme au sein des directions des établissements privés MCO

11/03/13

Gestion du risque

11/03/13

Réseau recherche SFAR

11/03/13

Contrôle des prescriptions médicales

12/03/13

Enquête sur la satisfaction des patients hospitalisés en MCO: parution d'une nouvelle instruction

12/03/13

**AGISSONS.** Une équipe syndicale soudée et... au front !

13/03/13

Rappel ! 27 Mars 2013 - Paris - Club des médecins DIM

15/03/13

Rappel ! 27 Mars 2013 - Paris - Club des médecins DIM

15/03/13

La qualité dans votre établissement - Mise à disposition du public de vos indicateurs qualité et sécurité des soins

15/03/13

J'aime ma clinique ! Commandes de sacs, badges et autocollants

18/03/13

FACTURATION- Factures complémentaires et rectificatives

18/03/13

Instruction Coefficient Prudentiel

19/03/13

**PRESSE.** Campagne tarifaire 2013: le scandale du CICE appliqué aux cliniques et hôpitaux privés

19/03/13

Rappel ! 27 Mars 2013 - Paris - Club des médecins DIM

21/03/13

OVALIDE : Outil de Validation des Données des Établissements de santé

22/03/13

Notice Technique ATIH du 1<sup>er</sup> mars 2013

22/03/13

Rappel ! 27 Mars 2013 - Paris - Club des médecins DIM

25/03/13

**PRESSE.** Réduction des dépenses publiques: l'OCDE regrette la fin de la convergence tarifaire en France qui aurait permis d'économiser 7 milliards d'euros par an

25/03/13

Renouvellement autorisation - traitement du cancer

26/03/13

Rappel ! Demain, 27 Mars 2013 - Paris - Club des médecins DIM

29/03/13

Campagne tarifaire 2013

29/03/13

IVG - Prise en charge à 100% et revalorisation tarifaire

29/03/13

Convention de la FHP-MCO - La Grande-Motte les 29 et 30 mai 2013

04/04/13

Rappel ! Convention de la FHP-MCO - La GrandeMotte les 29 et 30 mai 2013

04/04/13

**PRESSE.** Urgences : une gestion éloignée des réalités du terrain

04/04/13

Tarification IVG

05/04/13

Rappel ! Jeudi 16 mai 2013 - Club Soins palliatifs et de Support

09/04/13

**PRESSE.** Le ministre de l'Economie Pierre Moscovici stigmatise les cliniques !

---

11/04/13

Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie

---

11/04/13

Enquête DREES sur les urgences

---

15/04/13

Dotations régionales MIGAC 2013

---

17/04/13

MIGAC

---

17/04/13

Club des médecins DIM - Retour sur la reunion du 27 mars

---

17/04/13

Campagne tarifaire 2013

---

18/04/13

Rappel ! Convention de la FHP-MCO - La Grande-Motte les 29 et 30 mai 2013

---

24/04/13

Guide de contractualisation des dotations MIG de la DGOS

---

26/04/13

Rappel ! FACTURATION- Factures complémentaires et rectificatives

---

26/04/13

Guide méthodologique PMSI MCO 2013

---

29/04/13

Nouvelle version de la base LPP / version 308

---

29/04/13

Club Soins palliatifs et de support

---

02/05/13

RAPPEL ! Convention de la FHP-MCO - La Grande-Motte les 29 et 30 mai 2013

---

02/05/13

**PRESSE.** Compensation du CICE par une baisse des tarifs - La FHP-MCo saisit le Conseil d'État

---

03/05/13

Retrait du marché des prothèses orthopédiques Ceraver

---

13/05/13

Étude CTC Conseil : Observatoire économique et financier 2013

---

14/05/13

J-15 ! Convention de la FHP-MCO - La Grande-Motte les 29 et 30 mai 2013

---

14/05/13

Alternatives à l'hospitalisation - Rappel : votre Charte de fonctionnement doit être envoyée à l'ARS avant le 22 mai 2013

---

15/05/13

Contrôle des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité des soins - Modalités et conséquences

---

16/05/13

J-13 ! Convention de la FHP-MCO - La Grande-Motte les 29 et 30 mai 2013

---

20/05/13

La Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée, 6e newsletter

---

21/05/13

J-8 ! Convention de la FHP-MCO - La Grande-Motte les 29 et 30 mai 2013

---

21/05/13

Étude CTC Conseil : Observatoire économique et financier 2013

---

21/05/13

Dernière minute ! Concours photo

---

22/05/13

Actualité droits des patients & Charte de la personne hospitalisée

---

23/05/13

J-6 ! Convention de la FHP-MCO - La Grande-Motte les 29 et 30 mai 2013

---

24/05/13

**AGISSONS.** Avec les Médecins, agissons les 29 et 30 mai !

---

27/05/13

J-2 ! Convention de la FHP-MCO - La Grande-Motte les 29 et 30 mai 2013

---

27/05/13

Nouvelle version de la base LPP / version 310

---

28/05/13

J-1 ! Convention de la FHP-MCO - La Grande-Motte les 29 et 30 mai 2013

---

29/05/13

**PRESSE.** Discrimination sur les tarifs hospitaliers : les cliniques et hôpitaux privés MCO demandent à Bruxelles d'ouvrir une enquête formelle contre la France

---

29/05/13

**PRESSE.** Racket au CICE ? Monsieur Montebourg, et si le « racketteur », c'était l'État ?

---

03/06/13

Tarifs Issus des Coûts

---

04/06/13

Enquête DGOS OMEDIT sur le médicament

---

05/06/13

La qualité dans votre établissement

---

05/06/13

IFAQ

---

05/06/13

Convention FHP-MCO : retour sur les impacts dans la presse

---

06/06/13

Éducation thérapeutique du patient : mise à jour du référentiel de compétences

**10/06/13**

Fonds d'intervention Regional - FIR

**12/06/13**

Une première convention FHP-MCO réussie

**13/06/13**

RAPPEL - Étude CTC Conseil : Observatoire économique et financier 2013

**14/06/13**

Cliniques privées, privées de ministre

**17/06/13**

Accompagnement ANAP - Gestion des lits

**24/06/13**

INTER-CLINIQUES PRO-AM SODEXO 2013

**24/06/13****PRESSE.** Cliniques privées, privées de ministre**24/06/13****PRESSE.** CICE : les cliniques et hopitaux privés dénoncent les contre-vérités de la ministre de la Santé**26/06/13**

RAPPEL - Étude CTC Conseil : Observatoire économique et financier 2013

**28/06/13**

Le 15h FHP-MCO du vendredi 28 juin 2013

**28/06/13****AGISSONS.** Don d'organes, relayons la campagne !**01/07/13**

2ème réunion du « Club Soins palliatifs et de support »

**02/07/13**

Financement MIGAC / FIR 2013

**03/07/13**

Schéma régional d'investissement en santé

**03/07/13**

Appel à projets semaine de la sécurité des patients

**03/07/13**

Obésité : prise en charge chirurgicale de l'adulte

**04/07/13**

RAPPEL - Etude CTC Conseil : Observatoire Economique et financier 2013

**05/07/13**

SRIS – un outil d'aide à la valorisation de vos investissements

**05/07/13**

Guide methodologique du PMSI MCO 2013 et de sa facturation

**05/07/13**

Le 15h FHP-MCO du vendredi 5 juillet

**10/07/13**

Nouvelle version de la base LPP / version 314

**11/07/13**

Alerte CNAMTS sur les envois des lots de facturation

**12/07/13**

Rémunération des médecins - FIR – PDSES

**15/07/13**

Financement par MIGAC

**16/07/13**4<sup>e</sup> Congrès des représentants des usagers**17/07/13**

Implants multifocaux

**17/07/13**

Priorités nationales de contrôles externes 2013

**17/07/13**

RAPPEL - Étude CTC Conseil : Observatoire économique et financier 2013

**19/07/13**

Journée financement MIGAC / FIR 2013

**19/07/13**

Le 15h FHP-MCO du vendredi 19 juillet

**23/07/13**

Rappel - Journée financement MIGAC / FIR 2013 (programme mis à jour)

**24/07/13**RAPPEL - 4<sup>e</sup> Congrès des Représentants des Usagers (programme mis à jour)**24/07/13**

Bilan carbone ou BEGES... comprendre pour mieux choisir !

**24/07/13**

Dotations régionales MIGAC 2013

**26/07/13**

Le 15h FHP-MCO du vendredi 26 juillet

**26/07/13**

H.A.S. Expérimentation du recueil de l'indicateur « Tenue du dossier patient – Version 2 »

**02/08/13**

Appel à projets spécifique - PREPS dossier pharmaceutique

**13/08/13**

Rappel - Journée financement MIGAC / FIR 2013 (programme mis à jour)

**14/08/13**Procès-verbal de la 6<sup>e</sup> assemblée générale FHP-MCO**19/08/13**Rappel - 4<sup>e</sup> Congrès des représentants des usagers (programme mis à jour)

---

**21/08/13**  
Dématérialisez vos certificats de décès

---

**26/08/13**  
Rappel - Journée financement MIGAC / FIR 2013 (programme mis à jour)

---

**26/08/13**  
Résumé de passage aux urgences (RPU)

---

**28/08/13**  
Transmission des données PMSI et financement des établissements de santé

---

**30/08/13**  
Journée annuelle de l'Association française des médecins médiateurs - 11 octobre 2013

---

**04/09/13**  
Cosmétiques bébé : le principe de précaution s'impose

---

**04/09/13**  
Nouveaux indicateurs de pratique clinique : « Prise en charge du sevrage du patient alcoolodépendant »

---

**04/09/13**  
J'aime ma clinique... en musique

---

**06/09/13**  
Rappel - Journée financement MIGAC / FIR 2013 (programme mis à jour)

---

**06/09/13**  
RAPPEL - Appel à projets spécifique PREPS - Dossier pharmaceutique

---

**16/09/13**  
Fonds d'intervention régional - FIR

---

**16/09/13**  
Nouvelle version de la base LPP – version 323

---

**19/09/13**  
**PRESSE.** Rapport de la Cour des comptes : les cliniques et hôpitaux privés réalisent déjà 66 % de la chirurgie ambulatoire en France

---

**20/09/13**  
Le 15h FHP-MCO du vendredi 20 septembre

---

**27/09/13**  
**PRESSE.** 4<sup>e</sup> Congrès des usagers de la santé

---

**01/10/13**  
Congrès de l'AGRI le 10 octobre

---

**01/10/13**  
**AGISSONS.** Nous ne serons pas le Tiers-État !

---

**04/10/13**  
Ælipce - Outil ANAP amélioration performance

---

**04/10/13**  
Paris - Club des médecins DIM - 26 novembre 2013

---

**04/10/13**  
Contrôle CNIL des établissements de santé

---

**04/10/13**  
Nouveau Contrat de bon usage du médicament

---

**04/10/13**  
Semaine annuelle de la sécurité du patient

---

**04/10/13**  
Le 15h FHP-MCO du vendredi 04 octobre 2013

---

**04/10/13**  
FHP-MCO - des compétences à votre écoute

---

**10/10/13**  
RAPPEL - 5<sup>e</sup> Club des médecins DIM

---

**11/10/13**  
Lancement des appels d'offres 2014

---

**11/10/13**  
Le 15h FHP-MCO du vendredi 11 octobre 2013

---

**16/10/13**  
Séminaire « Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi » - 5 décembre 2013

---

**18/10/13**  
Club soins palliatifs et de support - 10 décembre 2013

---

**18/10/13**  
Le 15h FHP-MCO du vendredi 18 octobre

---

**18/10/13**  
Décès de Jean-Pierre Abdelli

---

**21/10/13**  
Prochaine convention de la FHP-MCO - Paris - 11 et 12 juin 2014

---

**24/10/13**  
Nouvelle version de la base LPP / version 326

---

**24/10/13**  
Rappel du fonctionnement des conférences médicales

---

**24/10/13**  
Évolution des indicateurs dans les établissements de santé privés

---

**24/10/13**  
RAPPEL - 5<sup>e</sup> Club des médecins DIM

---

**24/10/13**  
Dotations régionales MIGAC 2013

---

**25/10/13**  
Le 15h FHP-MCO du vendredi 25 octobre

---

**25/10/13**  
**PRESSE.** Dégressivité tarifaire : la FHP-MCO dénonce une logique de rationnement de la santé

---

**25/10/13**  
**PRESSE.** Coefficient prudentiel: la FHP-MCO salue le déblocage des tarifs

---

**25/10/13**  
Fonds d'intervention régional (FIR)

---

**29/10/13**  
Application du Coefficient prudentiel

**29/10/13**RAPPEL - 5<sup>e</sup> Club des médecins DIM**31/10/13**

PLFSS 2014 : notre combat continue !

**31/10/13**

RAPPEL - Semaine annuelle de la sécurité du patient

**31/10/13**

Le 15h FHP-MCO du vendredi 31 octobre

**31/10/13**RAPPEL - 5<sup>e</sup> Club des médecins DIM**31/10/13**

PDSSES - Rémunération des médecins

**04/11/13****PRESSE.** Transparence: les cliniques & hôpitaux privés MCO regrettent l'opacité des comptes hospitaliers publics**05/11/13**RAPPEL - 5<sup>e</sup> Club des médecins DIM**06/11/13****AGISSONS.** Notre leitmotiv : défendre une juste tarification**07/11/13**RAPPEL - 5<sup>e</sup> Club des médecins DIM**08/11/13****PRESSE.** Urgences saturées : les cliniques et hôpitaux privés MCO demandent une politique régionale concertée**08/11/13**

PDSSES - Rémunération des médecins salariés (précisions de la DGOS)

**08/11/13**

Le 15h FHP-MCO du vendredi 8 novembre

**12/11/13**

Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

**13/11/13**

Club soins palliatifs et de support - 10 décembre 2013 (mise à jour)

**14/11/13**5<sup>e</sup> Club des médecins DIM du secteur privé (programme mis à jour)**14/11/13****PRESSE.** 37 % des cliniques et hôpitaux privés MCO en déficit : le secteur demande...**15/11/13**

Le 15h FHP-MCO du vendredi 15 novembre

**18/11/13**

Dotations régionales MIGAC 2013

**18/11/13**

Dégel coefficient prudentiel

**19/11/13**RAPPEL - 5<sup>e</sup> Club des médecins DIM du secteur privé**20/11/13**

Mise à jour DALIA MCO 2013

**21/11/13**

Rappel - Séminaire « Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi » - 5 décembre 2013

**21/11/13**

Campagne tarifaire 2013

**21/11/13**

Financement de la participation des praticiens libéraux aux RCP

**21/11/13**RAPPEL - 5<sup>e</sup> Club des médecins DIM du secteur privé**22/11/13**

Le 15h FHP-MCO du vendredi 22 novembre

**22/11/13**

CBUM - Parution du contrat socle et du modèle de rapport d'étape annuel

**28/11/13**

Le 15h FHP-MCO du vendredi 29 novembre

**02/12/13**

RAPPEL - Club soins palliatifs et de support - 10 décembre 2013

**04/12/13****AGISSONS.** Marisol Touraine nous aime avec dégressivité**05/12/13**

Le 15h FHP-MCO du vendredi 06 décembre 2013

**05/12/13**

Club soins palliatifs et de support - 10 décembre 2013 (programme définitif)

**13/12/13**

Le 15h FHP-MCO du vendredi 13 décembre 2013

**17/12/13**

Notice technique ATIH PMSI 2014

**20/12/13**

Dotations régionales MIGAC 2013

**20/12/13**

Campagne tarifaire 2013

**20/12/13**

Financement des RCP via le FIR

## « 3 questions à » Le point de vue des professionnels

Les « 3 questions à », c'est l'occasion d'interpeller chaque semaine un professionnel de la santé sur l'actualité, le quotidien de son travail ou un dossier qui lui tient à coeur. Que se soit un retour à chaud ou un éclairage original d'une thématique essentielle par une personnalité publique nationale, « 3 questions à » prend le pouls du secteur de la santé et fait connaître les engagements de ses acteurs. Extraits...

31 JANVIER 2013

**Dr Michel CHASSANG**

PRÉSIDENT DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)

# Sans surprise, l'Assurance maladie essaie de travestir l'accord autour de l'avenant n°8

**Le 17 janvier dernier, la première Commission paritaire nationale autour de l'avenant n°8 s'est déroulée dans une atmosphère tendue.**

**Quel est votre sentiment ?**

Sans surprise, l'Assurance maladie essaie de travestir l'accord autour de l'avenant n°8. Elle essaie de durcir le texte, son interprétation le fait passer d'une logique pédagogique à une logique de sanction. L'avenant n°8 n'a jamais été conçu comme un dispositif de remise en question du secteur II, ni comme une machine à plafonner les honoraires. Pour nous, ce n'est pas une surprise : comme d'habitude, l'Assurance maladie charge la barque. Mais nous ne sommes pas démunis, nous avons des armes.

**Lesquelles ?**

Aucune sanction ne peut être appliquée sans l'aval de Commission paritaire régionale, puis sans l'aval de la Commission paritaire nationale. Si l'assurance maladie persiste dans cette attitude punitive et stérile, nous bloquerons au niveau de la Commission paritaire nationale, cela fait partie de notre travail syndical, et c'est là qu'est le pouvoir, pas entre les mains de l'assurance maladie. Ceux qui sont sortis de ce jeu n'ont plus les leviers pour défendre efficacement

la profession. Attention, nous ne défendrons pas non plus l'indéfendable ni les quelques praticiens qui pratiquent des dépassements laissant de côté le tact et la mesure. Mais en aucun cas, nous ne pratiquerons le délit statistique et sanctionnerons uniquement des chiffres.

**Pour autant, vous continuez à défendre l'avenant n°8 ?**

L'avenant n°8 ne se résume pas à cet aspect. En son cœur se trouvent deux choses. La première est la revalorisation du secteur I, qui a été entamée, et qui constitue un préalable à toute négociation. La seconde est le contrat d'accès aux soins, l'engagement individuel de chacun des médecins pour améliorer le maillage médical sur le territoire. Nous misons beaucoup sur ce contrat, qui est un secteur optionnel très amélioré. Nous invitons les médecins à l'observer tous attentivement, pour voir, en fonction des situations individuelles et de sa propre activité, s'il peut être profitable. Aujourd'hui, deux médecins sur trois ont intérêt à le signer au regard de leur activité.



21 FÉVRIER 2013

## Christian SEUX

PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL DE L'INDUSTRIE DES TECHNOLOGIES MÉDICALES (SNITEM)

# Il faut que nous parvenions à mener ensemble une vraie réflexion

### Comment l'industrie et les établissements peuvent-ils travailler plus harmonieusement ?

Je pense qu'ils travaillent déjà ensemble. Nous parviendrions à plus d'harmonie, si l'on réfléchissait en fonction des besoins des établissements : besoins en matière de santé,

besoins en matière de tarifs, besoins en termes de savoir-faire. Il faut que nous parvenions à mener ensemble une vraie réflexion stratégique : certaines innovations peuvent réellement améliorer l'organisation des soins, je pense par exemple à des appareils pour détecter les germes résistants à l'entrée des établissements, pour réduire les

infections nosocomiales, à des aménagements des laboratoires d'analyses pour plus d'efficacité... Aujourd'hui, l'environnement de la santé évolue extrêmement vite. Les organismes qui n'évoluent pas au même tempo sont appelés à disparaître, donc nous avons tout intérêt à nous asseoir autour d'une table, et à réfléchir ensemble.

### Le privé, justement, est une force de réactivité. Comment mieux coordonner la Recherche et développement entre le SNITEM et les établissements privés ?

L'innovation pour les technologies médicales est très souvent issue des idées des utilisateurs. On ne marcherait que sur une jambe si l'on écoutait que le public. Il faut imaginer une collaboration qui intègre tous les acteurs : le privé, les industriels, la recherche académique,

le ministère de la Santé, le ministère de la Recherche. On a aujourd'hui construit des filières stratégiques dans le but de développer plus efficacement l'industrie et la santé. Sans le privé, on se priverait d'une source importante pour développer des produits performants. C'est la valeur du 'et', la conjonction qui relie le public, le privé, et toutes les parties prenantes de la santé.

### La campagne tarifaire prévoit une baisse des tarifs des actes de l'ordre de 0,57 % , alors même que l'inflation n'est pas prise en compte depuis 3 ans déjà. Comment voyez vous l'avenir ?

Ce contexte difficile n'impacte pas seulement les cliniques, mais aussi le secteur public et bien évidemment l'industrie. A partir de là, soit on est dans le déni, soit une prise de conscience entraîne la prise en compte de solutions. La première exigence est bien sûr de préserver la qualité de soin pour les patients, et pour ce faire, il faut voir comment nous, industriels, pouvons vous aider avec des apports structurants, innovants, et efficaces, pour traverser cette période, qui malheureusement, risque de durer. Les ressources ne vont pas augmenter, contrairement aux besoins en santé. Au-delà de la mécanique économique, qui consiste à regrouper les achats, une vraie réflexion stratégique doit être engagée ensemble.



07 MARS 2013

**Hervé GISSEROT**

PRÉSIDENT DU LEEM, LES ENTREPRISES DU MÉDICAMENT

**Nos liens avec les établissements s'articulent autour de la recherche****Comment l'industrie et les établissements de santé peuvent-ils travailler ensemble plus harmonieusement ?**

Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, répondent tous à des préoccupations de santé publique. Il en va de

même de nos entreprises, dont la mission première est de concevoir et de mettre à la disposition des patients et du corps médical des médicaments sûrs et efficaces.

C'est ainsi que nos liens avec les établissements s'articulent autour du développement de la recherche et de l'accès à l'innovation, tout en garantissant la sécurité du patient et

le bon usage du médicament. Sur ce versant de nos relations, il est essentiel de développer des liens de confiance pour permettre l'essor de la recherche clinique et la diffusion optimale du progrès thérapeutique dans les établissements. Il importe également de répondre au besoin de retour d'information patients-médicaments, notamment dans le suivi des patients dans le cadre des RTU, des ATU et des essais cliniques, mais aussi de renforcer les signalements de pharmacovigilance dans le cadre d'un contrôle renforcé des médicaments dans la vie réelle. Enfin, si l'on veut permettre aux différents partis de travailler plus harmonieusement, il conviendrait que les décisions administratives de prise en charge des médicaments soient partagées en amont avec les acteurs hospitaliers et industriels afin d'anticiper la mise à disposition du médicament, notamment lorsque les modalités d'accès au traitement sont modifiées, à l'exemple de la liste en sus. S'agissant du versant plus économique et commercial de nos relations, des efforts

d'harmonisation sont possibles, dans un contexte de contraintes budgétaires dont nous sommes parfaitement conscients. Ainsi, la tendance à la massification des achats devrait – si l'on veut en faire un vrai levier d'efficience – s'accompagner d'une harmonisation des échanges de données entre acheteurs et fournisseurs, d'une simplification des appels d'offres, ou encore d'une généralisation de la dématérialisation des procédures de marché, accompagnée d'une plus forte responsabilisation de l'acheteur. Enfin, je crois important de bien prendre en compte la qualité pharmaceutique dans les critères présidant aux achats, ainsi que l'intégration dans le prix du médicament des dimensions environnementales et sanitaires, afin de fonder la décision d'achat, non pas toujours sur le « moins disant », mais sur le « mieux disant ».

**Comment coordonner la recherche et développement entre le Leem et les établissements ?**

En matière de recherche clinique, des progrès sont possibles pour demeurer parmi les grands pays de la recherche et pour faire bénéficier les malades des avancées de la recherche fondamentale. Souvent pratiquée en partenariat avec les hôpitaux, beaucoup moins avec les établissements privés, la recherche clinique contribue au niveau élevé d'expertise médicale des professionnels hospitaliers en France. Son maintien et son développement sont essentiels pour garantir l'accès aux soins de haute technologie qui accompagneront les médicaments de demain. Les Centres de lutte contre le cancer sont exemplaires dans ce domaine. La France a globalement maintenu sa position ces dernières années,



avec notamment la création du CeNGEPS pour faciliter le recrutement des patients, et grâce à une expertise reconnue dans les domaines thérapeutiques de l'oncologie, des maladies rares, des vaccins et du cardiovasculaire. Cependant, la position de la France reste fragile. Les enquêtes menées tous les deux ans par le Leem depuis 2006, montrent un effritement des positions françaises en matière de recherche clinique. L'amélioration observée sur les délais de mise en place des essais à l'hôpital, bien que significative, reste insuffisante et il est nécessaire de poursuivre les actions en faveur de la simplification de la gestion des contrats d'études réalisées à l'hôpital.

**Enfin, la campagne tarifaire 2013 s'est soldée par une baisse des tarifs des actes de 0,57 % pour les établissements, alors même qu'ils ne prennent pas l'inflation en compte, depuis presque 3 ans. Comment voyez-vous l'avenir ?**

Comme notre industrie, le secteur hospitalier évolue dans un contexte de pression budgétaire maximale. Les tarifs de l'hospitalisation privée n'ont pas évolué depuis maintenant trois ans, alors même que vos charges augmentent. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les

établissements privés ont le sentiment d'avoir été des acteurs responsables de la maîtrise des dépenses. Or, dans ce contexte économique extrêmement contraint, l'hospitalisation française doit faire face à des défis de plus en plus lourds. Les entreprises du médicament connaissent, elles aussi, une mutation profonde de leur modèle de recherche et de leur modèle économique. Nous avons connu en 2012 un recul historique de notre chiffre d'affaires en ville pour les médicaments remboursables et une stagnation à l'hôpital. Or, le médicament, qui ne représente que 15 % des dépenses d'assurance maladie, contribue à hauteur de 50 % aux efforts de maîtrise, et restituée dans le système de santé des gains de productivité de plus en plus conséquents. Ce qui est vrai pour le médicament l'est aussi pour votre secteur : nous avons réalisé d'énormes efforts de productivité ces dernières années, dans un contexte de maîtrise des dépenses conduisant à une récession de notre chiffre d'affaires. Il appartient aux pouvoirs publics de ne pas décourager les acteurs les plus vertueux et les plus efficaces du système de santé, et de ne pas étouffer le dynamisme de ces secteurs qui contribuent fortement à l'économie et à l'emploi.

11 AVRIL 2013

**Félix FAUCON**

CHEF DE SERVICE À LA DGOS

# En France, près d'un établissement de soin sur deux est déficitaire

**Vous étiez l'invité du conseil d'administration de la FHP-MCO hier mercredi, quelles étaient vos impressions au sortir de ces échanges ?**

C'est toujours enrichissant d'échanger avec des professionnels qui ont véritablement la pratique des mécanismes économiques. J'ai été enchanté par la qualité des échanges, l'assistance était vraiment affûtée sur la compréhension des mécanismes de régulation du financement des cliniques et des hôpitaux. C'était un échange extrêmement intéressant.

**Que répondez-vous aux directeurs d'établissements privés qui vous font part de leurs difficultés à équilibrer leurs comptes ?**

Nous comprenons bien évidemment les difficultés économiques des cliniques, cependant, elles se retrouvent dans les mêmes proportions dans les autres secteurs. Entre 40 et 45 % d'établissements en déficit est la norme pour les établissements de soins en France, il n'y a donc à ce titre pas de spécificité du privé, ni de spécificité dans les moyens accordés. Il ne faut pas oublier de mettre en adéquation les difficultés du secteur et l'environnement macro-économique. Dans un pays où le PIB stagne depuis deux ans, accorder une croissance de 2,5 % aux établissements de santé, leur donner une garantie de cette croissance est un signal extrêmement fort du gouvernement et montre l'importance prioritaire qu'il accorde à la santé dans son ensemble. D'autres secteurs n'ont pas les mêmes garanties. Il suffit de traverser les Pyrénées pour se rendre compte à quel point les temps sont durs. En Espagne, les budgets hospitaliers ont baissé de 15 % . L'effort d'adaptation demandé aux acteurs est

indéniable, les établissements sont soumis à des fortes tensions micro-économiques, mais cela reste moins important qu'ailleurs.

**Quelles sont les perspectives pour le secteur privé ?**

Evidemment, nous souhaitons parvenir à mettre en place des tarifs qui se rapprochent de plus en plus des études de coûts. Il faut que les établissements parviennent à la neutralité financière, c'est-à-dire qu'il y ait une redistribution progressive des séjours sur-faturés vers les séjours sous-faturés. Pour un chef d'établissement, cela implique de réfléchir à ses activités et d'embarquer les opportunités qui vont s'ouvrir suite à la mise en place des parcours de soins. Les parcours de soins donnent aux établissements la possibilité de repenser sur le long terme leur stratégie de soins. Ces nouvelles modalités de régulation aboutiront à une cohérence plus grande, et à une consolidation économique du secteur, comme elle s'est engagée depuis plusieurs années déjà. Aujourd'hui, les établissements sont soit spécialisés, soit polyvalents. Il me semble que la spécialisation permet la mise en œuvre d'unités de soins de pointe. La spécialisation ne doit cependant pas être synonyme d'isolement, mais d'intégration dans un parcours de santé. Il faut amener les acteurs à se poser les bonnes questions sur le retentissement des politiques macroéconomiques sur le microéconomique de leurs établissements. Pour moi, le but de cette rencontre était de donner aux acteurs autant de clés de compréhension que possible, pour qu'ils puissent se projeter au mieux dans l'avenir, dans un panorama sanitaire appelé à changer rapidement ces prochaines années.



30 MAI 2013

## Brice TEINTURIER

DIRECTEUR GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ D'IPSOS

# Les patients sont très attachés à la coexistence des secteurs public et privé ainsi qu'à la liberté de choix du praticien

### Comment estimez-vous la confiance des Français dans leur système de soin ?

D'une façon générale, les études montrent que la qualité perçue du système de soin est très élevée, ce qui est tout à fait remarquable dans l'univers de défiance généralisée qui nous

entoure. Reste des peurs, mais liées surtout à des évolutions futures : la crainte d'une dégradation de la qualité des soins, la peur d'un grignotage du système, le sentiment que l'accès aux soins devient plus difficile... On se rend compte aussi que les patients sont très attachés à la coexistence d'un secteur public et d'un secteur privé ainsi qu'à la liberté de choix

du praticien. Ils peuvent donc méconnaître une partie des missions de service public prises en charge par le secteur privé mais cela n'obère pas la bonne image globale de la médecine libérale. Le secteur privé n'est donc ni caricaturé, ni diabolisé, contrairement à ce que pensent souvent ses acteurs, très sensibles à des critiques possibles de la part des pouvoirs publics ou des médias mais qui ne reflètent pas la perception de l'immense majorité des Français.

### Quels sont les indicateurs pour évaluer la confiance des Français dans leur système de santé à IPSOS ?

Nous utilisons de nombreuses approches, la plus fréquente étant l'enquête par sondage auprès d'échantillons représentatifs mais également, des études qualitatives sous la forme d'entretiens individuels approfondis ou

de réunions de groupe. Nous pouvons aussi procéder via des observations non-participantes. Dans ce cas, nous dépêchons des enquêteurs sur le lieu qui fait l'objet de la recherche, par exemple un service d'urgences, et ceux-ci notent, sur la base d'une grille pré-élaborée, toute une série d'indications. Ce peut être des flux, des moments de tensions, des types de pathologies, etc. Enfin, nous organisons aussi des workshops avec le personnel lui-même, qu'il s'agisse des praticiens ou du personnel infirmier, pour savoir quel regard ces personnes portent sur la qualité des soins. Il y a donc de multiples entrées possibles, selon l'objectif précis assigné à l'étude.

### Quels leviers pouvez-vous imaginer pour faire évoluer encore la confiance des Français dans leur système de soin ?

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



20 JUIN 2013

**Martial OLIVIER-KOEHRET**

PRÉSIDENT DE SOINS COORDONNÉS

**Des transformations de fond qui impactent notre pays durablement**

**L'organisation Soins coordonnés s'est mobilisée à l'instar de nombreuses autres organisations de médecins et aussi la FHP-MCO, contre la création de réseaux de soins, quelle est votre position ?**

Des transformations de fond qui impactent notre pays durablement sont en train de s'effectuer sans le dire. L'indépendance des praticiens libéraux et l'accès aux soins seront remis en cause à moyen terme par cette proposition de loi Le Roux en passe d'être votée au Sénat. Cette loi ne vise pas seulement les opticiens, comme cela est présenté, mais concernera

à terme l'ensemble des professionnels de santé - médecins libéraux et établissements hospitaliers - avec en ligne de mire une réduction du coût des soins. Or, les intéressés ne sont pas auditionnés. L'absence de débat et de consultation des professionnels de santé relève du déni de démocratie. Les enjeux financiers sont colossaux dans ce dossier. Le volet santé de la loi ANI (Accord national interprofessionnel) voté également à la hussarde et en partie censuré par le Conseil constitutionnel, fait un cadeau aux instituts de prévoyance. Pour s'assurer des grands équilibres, la loi Le Roux en fait un aux mutuelles. Ces enjeux dépassent les problématiques qui nous occupent et pour lesquelles nous nous mobilisons : indépendance des médecins et accès aux soins pour tous les Français avant tout. Les professionnels de santé sont pris en étau entre les intérêts des organisations mutualistes et assurantielles.

**Concrètement, comment voyez-vous l'évolution sur le terrain ?**

Les médecins ne pourront pas être conventionnés par l'ensemble des mutuelles présentes sur le marché. Cela aboutira

inégalement à une sélection de médecins et établissements de santé. Sur quel cahier des charges ? Les médecins seront-ils amenés à se regrouper sur des plateformes ? Cela pose aussi la question de l'aménagement du territoire en terme sanitaire car de telles situations de soins aggraveront les déserts médicaux. Compliquer encore la vie des médecins libéraux les pousse vers le salariat au détriment de l'accès aux soins de tous sur tout le territoire. Par ailleurs, les mutuelles ne couvrent pas 100 % de la population ce qui induit une différence d'accès aux soins entre assurés et non assurés. En outre, les patients assurés sont une clientèle captive. Le discours sur la complémentaire pour tous facilite enfin le retrait de la Sécurité sociale de certains secteurs notamment l'ambulatoire. Le processus actuellement en cours aura donc d'indéniables répercussions sur l'ensemble de notre système de santé.

**La loi Le Roux sera votée, et demain ?**

Le vote ne signera pas l'arrêt de la mobilisation d'autant que d'autres échéances comme celle du prochain PLFSS vont arriver très vite. Avant tout, il est essentiel de mettre un terme à la désinformation actuelle sur ce sujet qui ressemble bel et bien à un plafond de verre. Les organisations représentantes des jeunes médecins sont à nos côtés car elles ont pris la mesure des enjeux. Il est nécessaire et urgent d'expliquer les raisons et le sens de cette mobilisation afin que chacun prenne la pleine mesure de ce qui nous attend. La mobilisation continue, plus que jamais.



4 JUILLET 2013

## Emmanuelle PRADA-BORDENAVE

DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE

# 5 023 greffes d'organes réalisées en France, en 2012

### Quels sont les chiffres du don d'organe en France ?

En 2012, pour la première fois, le seuil des 5 000 greffes a été franchi, 5 023 greffes d'organes ont été réalisées en France. C'est un résultat très encourageant pour les malades. Cependant, de plus en plus de malades sont inscrits chaque année sur la liste nationale d'attente.

En effet, le succès de cette thérapeutique et le vieillissement de la population entraînent un recours toujours plus fréquent à la greffe d'organes par les médecins. Ainsi, en 2012, 17 627 malades ont eu besoin d'une greffe. Plus de 88 000 patients ont été greffés en France depuis 1991. Plus de 50 000 personnes étaient porteuses d'un greffon fonctionnel en 2012. Le plan greffe 2012-2016 affirme la volonté du Gouvernement, relayée par les

directions des ARS, que la greffe devienne une priorité au sein de l'hôpital. Pour cela, l'Agence de la biomédecine est au service de tous pour faciliter la mise en œuvre de ce nouveau plan greffe. Voici un aperçu des axes stratégiques de développement de la greffe :

- Inscrire la greffe dans une filière de soins.
- Développer toutes les possibilités de prélèvement.
- Renforcer les systèmes de qualité et de sécurité sanitaire.
- Augmenter la diversité génétique des donneurs de cellules souches hématopoïétiques.

### Pourquoi est-ce important de transmettre sa position à ses proches ?

Quand et comment peut-on le faire ? En France, selon la loi, nous sommes tous considérés comme donneurs d'organes potentiels, à moins d'avoir exprimé notre opposition. C'est ce que l'on appelle le consentement présumé. Conformément à la loi, quand une personne décède à l'hôpital et que le prélèvement d'organes est possible, l'équipe médicale

consulte obligatoirement le Registre national des refus tenu par l'Agence de la biomédecine. Si le nom du défunt n'y figure pas, la loi impose à l'équipe médicale d'interroger la famille pour vérifier que leur proche n'était pas opposé au don d'organes. Les médecins ne vont jamais à l'encontre de l'expression d'une opposition par ses proches. Ne pas communiquer son choix pour le don de ses organes à ses proches, c'est les exposer au risque d'une décision difficile, dans un moment de deuil déjà très douloureux. Bien que 81 % de la population française soit favorable aux dons d'organes, seuls 49 % transmettent effectivement leur position à leurs proches (Sondage Ipsos, mars 2012).

### Jusqu'à quel âge peut-on donner un organe ?

Y a-t-il une limite d'âge ? Tout le monde peut être amené à recevoir, un jour, une greffe d'organe. Tout le monde peut également être amené à donner ses organes : jeune ou âgé, contrairement aux idées reçues, il n'y a pas de contre-indication au don en lien avec l'âge avancé. Le prélèvement sur personnes décédées peut être envisagé même si celles-ci étaient sous traitement médical ou avaient des antécédents médicaux lourds. Les médecins sont seuls juges, au cas par cas, de l'opportunité du prélèvement au moment du décès et de la qualité de chacun des organes. Aujourd'hui, le prélèvement est possible à tout âge. C'est à tort que les personnes de plus de 60 ans pensent souvent être exclues du don d'organe et de la greffe du fait de leur âge. En effet, la moyenne d'âge des donneurs prélevés est passée de 40 ans en 1999 à 54,5 ans en 2012. 32,6 % des donneurs ont plus de 65 ans en 2012. Il est possible de recevoir un organe jusqu'à plus de 70 ans.



18 JUILLET 2013

## Professeur Corinne VONS

CHIRURGIEN DIGESTIF ET GÉNÉRAL, PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (AFCA)

# L'avenir de la chirurgie est ambulatoire

### Parlez-nous de vos nouvelles fonctions...

J'ai travaillé pendant 6 ans comme secrétaire générale de l'AFCA aux côtés de Jean-Pierre Triboulet qui était président. Grâce à lui,

l'AFCA est devenue un interlocuteur incontournable de toutes les instances concernées par le développement de la chirurgie ambulatoire. Ce poste de présidente est pour moi une immense responsabilité. Mais il va me permettre de prendre de la hauteur par rapport à ma participation aux missions de l'AFCA :

1) promouvoir le développement de la chirurgie ambulatoire en France, associant qualité des soins et sécurité des patients;  
2) promouvoir son enseignement et les travaux de recherche ainsi que les publications scientifiques qui s'y rapportent.

En tant que présidente, je serai peut-être plus flexible qu'avant, plus « politique ». Mais je n'en serai que plus déterminée à atteindre les objectifs que j'ai présentés aux membres du conseil d'administration, lors de mon élection à la présidence de l'AFCA, et plus précisément ceux que j'ai choisis d'atteindre pendant mon mandat.

### Quels objectifs souhaiteriez-vous atteindre et quelles sont vos priorités ?

Je souhaite pouvoir rendre l'AFCA encore plus efficace pour remplir ses missions. Depuis 6 ans, des adhérents de plus en plus nombreux ont rejoint l'AFCA. Nous venons de constituer un nouveau conseil d'administration de 15 membres où siègent maintenant autant de chirurgiens (5 spécialités différentes) que d'anesthésistes, mais aussi un cadre de soins, un directeur d'hôpital et un médecin DIM. Marc Beaussier, anesthésiste, est le nouveau secrétaire général. Cette équipe particulièrement

experte en chirurgie ambulatoire doit garder son dynamisme et travailler en réseau avec tous nos interlocuteurs, professionnels impliqués dans la chirurgie ambulatoire, toutes les sociétés savantes de chirurgie (digestif, orthopédie, gynécologie, urologie, ORL, maxillo-facial, plastique, ophtalmologie, etc.) et celle d'anesthésie (la SFAR), mais aussi les institutions avec lesquelles nous avons déjà des concertations (DGOS, ARS) et des travaux communs (ANAP, HAS).

Nous allons, avec Marc Beaussier, professionnaliser ces liens, les consolider, les cadrer. Nous sommes intervenus lors de réunions à la DGOS sur des sujets comme la tarification de la chirurgie ambulatoire et nous avons pu obtenir une « incitation financière » pour certaines interventions chirurgicales. Nous sommes aussi intervenus vigoureusement avec la SFAR à propos du fameux décret publié en août 2012, qui reste pour nous un texte qui ne va pas aider au développement de la chirurgie ambulatoire et qui ne permet pas d'assurer sa réalisation dans les conditions de qualité et de sécurité nécessaires. Continuer de se battre pour la disparition de la borne basse dans la tarification des séjours de chirurgie de niveau 1 et pour la rectification de ce décret, sera un objectif constant.

Je ne peux pas ne pas mentionner la Journée nationale de chirurgie ambulatoire qui va avoir lieu pour la quatrième fois à Paris en janvier 2014, aux Salons de l'Aveyron. Jean-Pierre Triboulet et moi-même avons réussi à en faire un lieu de rencontre annuelle de tous les professionnels « ambulatoires en chirurgie et anesthésie ». Nous devons maintenir le niveau de qualité des sessions et des exposés.



**Quel est l'avenir de la chirurgie ambulatoire en France ? Sommes-nous en avance dans le domaine ?**

L'avenir de la chirurgie est ambulatoire. Pratiquement toute la chirurgie est réalisable, à plus ou moins long terme, en ambulatoire : depuis un an que la section de chirurgie ambulatoire existe à l'Académie nationale de chirurgie, des conférenciers de toutes les spécialités sont venus nous le montrer et démontrer. Mais il faut encore convaincre d'autres chirurgiens et d'autres anesthésistes. En France, les freins sont déjà là. Malgré les incitations des pouvoirs publics, incitations financières encore modestes mais réelles, et mesures coercitives de l'Assurance maladie (mise sous entente préalable), le taux de chirurgie ambulatoire en France plafonne à 39-40 % . Nos voisins européens du Nord opèrent déjà 7 patients sur 10 en ambulatoire, les Anglais comme les Américains 8 sur 10. Et contrairement à ce que croient certains, les patients ne vont pas à l'hôtel d'en face en sortant. Les freins sont culturels en France, chez les chirurgiens, les anesthésistes, voire les patients et les médecins traitants : « on garde à l'hôpital au cas où... ». Quand on leur demande ce qu'ils craignent, ils ne savent pas trop : c'est le principe de précaution. Il n'y aura pas de chirurgie ambulatoire sans démarche de « gestion des risques », qui manque encore beaucoup dans nos services. Et la gestion des risques va avec la qualité de soins et la sécurité

des patients. Mais passer de l'hospitalisation après une opération à la chirurgie ambulatoire est, vis-à-vis du risque postopératoire, une petite révolution culturelle pour les patients et une petite révolution pour les soignants (médecins et paramédicaux).

Ainsi nous ne sommes pas du tout en avance en France en chirurgie ambulatoire. Pourtant ça et là, des chirurgiens ont mordu à l'hameçon, ont compris l'avantage pour le patient et pour la profession. Cette année, il y a eu, à Lyon, la première colectomie par laparoscopie pour cancer en ambulatoire. La semaine dernière à Angers a été réalisé un Bypass pour obésité morbide en ambulatoire. Et ces « premières » résultent d'une appropriation progressive de la gestion des risques et de la maîtrise des suites opératoires.

Ainsi l'avenir de la chirurgie ambulatoire en France sera celui que nous lui construirons, et en tant que présidente de l'AFCA, je veillerai à ce que cette dernière y participe activement et efficacement.

5 SEPTEMBRE 2013

## Docteur Élisabeth HUBERT

PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION À DOMICILE (FNEHAD)

# Par nature, l'HAD permet de limiter l'augmentation des dépenses de santé

### Où en est l'HAD en France actuellement ?

Comme vous le montre le prochain rapport d'activité à paraître de la FNEHAD pour 2012-2013, l'HAD en 2012 c'est :

- 100 % des départements français couverts
- 4,2 millions de journées d'activité
  - 105 000 patients pris en charge
  - 12 700 places installées
  - un coût moyen pour l'Assurance maladie de 196,10 € pour une journée d'HAD

L'HAD poursuit donc son développement, mais à une allure moins rapide que pendant la période 2005-2010. Ce ralentissement de la croissance de l'activité est lié, pour

une part, au fait d'une couverture exhaustive du territoire national par l'offre d'HAD, de la relative maturité de certains établissements anciens mais aussi, ne nous le cachons pas, de la grande difficulté à convaincre les établissements, publics ou privés, avec hébergement, de l'intérêt de coopérer avec des HAD. Dans ce contexte, l'objectif du doublement de l'activité à l'horizon 2018, annoncé par Jean Debeaupuis lors de la 16e Journée nationale de l'HAD en décembre dernier ne se réalisera qu'avec la mobilisation de tous les acteurs de santé et l'appui actif des pouvoirs publics, tant à l'échelle nationale qu'au niveau régional. Une instruction aux ARS, à laquelle participe activement la FNEHAD, donnant les contours et les conditions de ce déploiement, devrait être prochainement publiée. Nous fondons beaucoup d'espoir sur l'impulsion que pourraient donner en région ces préconisations.

**Le PLFSS 2014 est une nouvelle quadrature du cercle. Selon vous, l'HAD est-elle une solution essentielle pour réduire le budget santé ?**

Par nature, l'HAD permet de limiter l'augmentation des dépenses de santé.

Les établissements d'HAD sont des structures « légères » qui ne nécessitent pas d'investissements en équipements lourds ou immobiliers et fonctionnent de façon souple. Leurs coûts sont liés à leur fonctionnement, à la rémunération des personnels attachés à l'HAD ou rémunérés par celui-ci, aux frais inhérents à la couverture de territoires parfois étendus et surtout aux dépenses engagées au bénéfice des patients, coûts dont le poids se fait de plus en plus sentir. C'est pour cela que la FNEHAD demande, depuis maintenant plusieurs années, une étude permettant de démontrer le bénéfice médico-économique de cette offre de soins. Mais l'HAD permet surtout, dans le cadre d'un véritable partenariat avec les établissements de santé conventionnels, de réduire la durée des séjours hospitaliers et d'en éviter le recours, notamment pour les populations les plus fragiles telles que les personnes âgées. Elle doit donc être perçue comme un outil au service de la fluidité du parcours du patient et d'efficacité du système de santé.

Le gouvernement vient de réfléchir à la France de 2025. Comment imaginez-vous la santé dans une dizaine d'années ? A quoi aspirez-vous en tant que Présidente de la FNEHAD ? Il est évident que le système très hospitalo-centré dans lequel nous évoluons en France a vécu, ce d'autant plus que tous les autres pays développés économiquement comparables au nôtre ont déjà engagé la mutation de leur offre de soins et enregistrent des résultats positifs. Nous devons donc être beaucoup plus incisifs pour, d'une part, focaliser les établissements hospitaliers avec hébergement sur leur valeur ajoutée, qui est celle de plateaux techniques



et de prises en charge de situations médicales imposant un hébergement parce qu'instables, et d'autre part, organiser l'ambulatoire pour qu'il réponde à toutes les autres situations qui trop souvent aujourd'hui sont orientées, par défaut ou par méconnaissance, vers l'hôpital. Dans ce contexte, dont on peut craindre qu'il soit encore lointain, tant les pesanteurs sont fortes, l'hospitalisation à domicile a une voie toute tracée. Par son organisation, son expertise dans la gestion de situations complexes, la garantie qu'elle offre en termes de qualité et de sécurité, sa connaissance du

milieu hospitalier et son interface quotidienne avec les professionnels libéraux, les systèmes d'information dont ses établissements sont dotés et s'équipent, cette offre de soins est un élément essentiel du parcours de soins des patients et un lieu d'expérimentation idéal des outils de télésanté. La FNEHAD œuvre, sans relâche, au quotidien, à cette évolution et à la reconnaissance de la place de l'HAD, ayant à cœur de permettre au plus grand nombre de patients qui le justifient de bénéficier, dans le futur, d'une hospitalisation à domicile... et cela sans attendre 2025 !

19 SEPTEMBRE 2013

## Dr Bernard LE DOUARIN

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, RESPONSABLE DE L'OBSERVATOIRE DE LA SÉCURITÉ DES MÉDECINS

# La violence est d'abord sociale

### Quelles sont les principales raisons de cette recrudescence de la violence dans le secteur de la santé ?

La violence est d'abord une violence sociale. Beaucoup de gens vivent dans une véritable exaspération au quotidien. Ceci est un élément

fondamental. Puis, nous sommes aussi dans une société où beaucoup considèrent qu'ils ont beaucoup de droits, mais pas de devoirs. On assiste à une perte de la civilité, de la politesse... Cependant, les responsabilités sont partagées. Il convient certainement aussi de s'interroger sur les process de santé, sur la façon de travailler : éviter les

temps d'attente trop longs, notamment aux urgences. La société est certes violente, c'est un fait, mais il faut aussi sans cesse s'adapter.



### Quelles solutions préconisez-vous pour canaliser cette violence ?

La solution la plus efficace et la moins réaliste serait de mettre un professionnel de sécurité derrière chaque médecin. Il nous faut d'abord analyser les violences et leurs causes. Pourquoi les choses dérapent-elles à un moment donné ? Les causes sont quasiment toujours les mêmes : les patients ne sont souvent pas à jour dans leurs droits (carte vitale non actualisée) ce qui mène à des conflits au niveau de la prise en charge ; les retards aux consultations sont également sources de conflits ; le fait de donner des médicaments génériques etc. Les refus sont également très mal perçus : le refus de délivrer un arrêt de travail, par exemple. Dans ce cas, les responsabilités sont partagées parce que le patient vit très mal le fait qu'on lui refuse ce qu'il considère comme un droit, mais il est peut-être aussi de la responsabilité du médecin d'expliquer pourquoi il dit non et d'amener ce refus avec plus de tact.

Il y a certainement un travail de communication à faire au sein des personnels de santé afin d'apprendre à anticiper les situations de conflits et de savoir les gérer correctement.

Nous venons de faire une première vidéo (d'une série de trois vidéos) de cinq minutes, avec l'Institut national de la formation de la police nationale de Clermont-Ferrand, consacrée à l'agression d'un médecin par un patient violent. Cette vidéo nous servira de base didactique dans des réunions organisées par les forces de l'ordre dans les différents départements. Cela permettra aux médecins d'analyser et de comprendre l'origine du conflit et la façon la plus appropriée de le gérer. Que s'est-il passé en amont ? En aval ? Et qu'aurions-nous pu faire pour prévenir cette situation ? Cette vidéo a été présentée aux Conseils départementaux la semaine dernière et va servir de base à la réflexion auprès des médecins.

La seconde vidéo est consacrée à l'insécurité en visite de ville à travers l'histoire d'un médecin dijonnais de SOS Médecins qui a été agressé. Et enfin, la troisième vidéo sera consacrée à la gestion de la violence. Il faut savoir anticiper ou prévenir une crise, mais si elle se produit, il faut apprendre à réagir face à la violence et essayer de pacifier l'individu violent. Ces trois vidéos seront disponibles à partir de décembre auprès des Conseils départementaux et serviront d'animation lors de soirées organisées pour les professionnels de santé. Ce sont donc des exemples d'outils que nous essayons de mettre à disposition dans le cadre du Protocole national pour la protection des professions de santé signé en avril 2011 entre les ministères de la Santé, de l'Intérieur, de la Justice, les sept Ordres des professionnels de santé et les syndicats. Ce protocole est en cours de déclinaison sur tous les départements ; c'est-à-dire qu'un protocole identique sera ajusté, adapté à chaque département, en fonction des réalités

locales. Chaque département disposera d'un référent sécurité pour la police, un autre pour le conseil départemental et un autre auprès des médecins. Ce dernier sera chargé de leur donner des conseils concernant la sécurité de manière locale par exemple. Il y aura aussi un référent police pour la déclaration des événements, des plaintes etc. Enfin un numéro de téléphone dédié sera mis à disposition pour avoir un accès direct à la cellule de sécurité départementale. Il y a également des outils de vidéo-surveillance que nous souhaitons développer avec les collectivités locales. Il s'agit de mettre l'entrée des cabinets médicaux dans l'axe des caméras de surveillance publique dans les zones sensibles. Nous souhaitons également développer, avec l'accord des préfets, la vidéo-surveillance à l'intérieur des cabinets médicaux, dans les salles d'attente notamment. En cas de plaintes, cela permettra plus aisément d'identifier les personnes à l'origine de problèmes et ces vidéos pourront alimenter les éventuels dossiers juridiques.

Nous souhaitons aussi développer des détecteurs tels que des boîtiers électroniques de sécurité que les médecins auront sur eux. Ils serviront de téléphone et seront dotés d'un bouton d'urgence en cas de difficulté ou de détresse. Le signal est alors directement retransmis au régulateur qui pourra géo-localiser et identifier le médecin en détresse.

À Nîmes, par exemple, un autre dispositif est en cours d'essai : le médecin peut inscrire son numéro de téléphone sur une liste spéciale de numéros auprès de la police ou de la gendarmerie locale et, en cas de problème, il peut appuyer sur une touche programmée de son téléphone et son appel est pris en priorité. D'autres travaillent déjà avec les centres interurbains de vidéo-surveillance qui sont prévenus de l'arrivée du médecin dans un quartier, notamment dans les zones un peu sensibles. Le médecin peut positionner son véhicule dans l'axe de ces caméras publiques,

il peut prévenir de son arrivée sur place et signaler lorsqu'il a terminé sa visite. La police peut ainsi le suivre grâce à la caméra.

### **De quelle manière le Conseil de l'ordre peut-il influencer, interagir, peser sur les actions à mener ?**

Nous essayons de faire le lien entre ces différentes solutions. Nous essayons ensuite de voir si les solutions sont adaptables d'un département à un autre. Nous essayons de plus en plus de développer des partenariats avec les forces de l'ordre, avec les antennes du ministère de l'Intérieur et nous veillons à ce qu'il y ait un véritable maillage du terrain et une vraie collaboration entre les différents acteurs. Notre rôle est aussi très important concernant l'aide aux médecins. Si un médecin est agressé, nous sommes là pour le guider, le conseiller, l'aider à déposer sa plainte. On met tout en œuvre pour accélérer les procédures et l'aider à analyser toute la situation. C'est également comme cela que nous pouvons juger de l'efficacité des mesures que nous mettons en place et les affiner si nécessaire.

C'est un véritable travail de fourmi, souvent au cas par cas, et il faut que le Conseil national de l'ordre s'implique pareillement sur tout le territoire. Nous faisons un travail de sensibilisation des Conseils départementaux afin de pouvoir travailler de façon partenariale, avec procureurs, préfets, forces de l'ordre et ARS. Nous ne pourrions rien faire seuls. Sur 75 % des actes de violences émanant des patients, nous pouvons agir concrètement.

26 SEPTEMBRE 2013

## Madeleine MADORÉ

PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION LE LIEN, REPRÉSENTANTE DES USAGERS DE LA SANTÉ À L'ANSES, L'ANSM ET AU LABORATOIRE D'ÉTHIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE RENÉ DESCARTES (PROGRAMME CARPEM)

# Une lutte efficace se construit au plus près du lit du malade et avec lui

### Êtes-vous satisfaite de l'évolution des normes et des pratiques mises en œuvre pour prévenir les infections nosocomiales en France actuellement ?

La France dispose d'un solide corpus législatif et réglementaire autour de la lutte contre les infections nosocomiales. Cependant, les pratiques individuelles restent mal appréhendées et l'évolution des normes n'a pas été accompagnée d'un effort de lisibilité pour le patient. Le Lien demande depuis plusieurs années la mise en place d'indicateurs de qualité par service et notamment d'observance des règles d'hygiène de base : consommation de solution hydro-alcoolique (SHA), port des bijoux. Nous demandons aussi dès que nous participons à des réunions, que la diffusion des taux d'infections nosocomiales soit faite par service, notamment en chirurgie, et soit accompagnée d'explications

compréhensibles par le patient. Une lutte efficace se construit au plus près du lit du malade et avec lui. Nos remarques sont d'autant plus justifiées que l'établissement comporte un nombre important de lits (par exemple plus de 150).

### Que préconisez-vous pour réduire les infections nosocomiales ?

Quels sont actuellement vos chevaux de bataille ? Notre constat est que l'antibiorésistance progresse de façon inquiétante et que les nouvelles molécules capables de lutter efficacement contre les BMR tardent à voir le jour. Aussi il est indispensable de renforcer la vigilance et surtout d'augmenter les signalements pourtant obligatoires depuis

2001, mais encore très anecdotiques. Cela passera par des aménagements structurels mais surtout par des changements de mentalité comme une meilleure reconnaissance et représentativité des métiers de l'hygiène à l'intérieur des établissements. Mais il faudrait également un renforcement significatif et une valorisation de l'hygiène dans la formation initiale et continue des médecins... Quand on sait que le module hygiène aujourd'hui est facultatif ! Il n'est plus acceptable que les médecins puissent sortir d'un cursus de 10 ans d'études sans de solides notions d'hygiène. Enfin il faut intégrer des formations en hygiène dans le DPC des médecins en exercice en tenant compte de l'évolution des connaissances.

Dans les établissements, il faut intégrer un poste budgétaire « prévention et contrôle des infections nosocomiales » ; le déploiement des examens de dépistage bactériens à l'entrée des établissements ; renforcer la prévention et la surveillance des infections nosocomiales dans les établissements de moyens et longs séjours ou dans les maisons de retraite.

Au niveau national, il faudrait mener une étude sur les séquelles des infections nosocomiales. De ce point de vue, le Lien appelle à « un choc de simplification » des procédures de signalements auprès des structures de veille sanitaire. Nous espérons que le rapport de Jean-Yves Grall, directeur général de l'ARS Nord-Pas-de-Calais, sur la réorganisation des vigilances sanitaires qui pointent les nombreuses défaillances du système actuel, sera suivi d'effets sur le terrain. De plus, nous avons eu le week-end dernier une très bonne nouvelle : la publication du décret concernant la présence d'un référent antibiorésistance dans les équipes soignantes. Enfin !



Nos autres chevaux de bataille sont axés sur la prise en compte du sujet antibiorésistance dans sa globalité : commencer à réfléchir sur d'autres approches environnementales et thérapeutiques pouvant nous aider à lutter contre ces bactéries multirésistantes nous semble indispensable à ce jour. Il s'agit d'intégrer, pour la compréhension des problèmes, l'influence des prescriptions vétérinaires et les facteurs d'affaiblissement du système immunitaire des patients qui les rendent plus vulnérables. Il est également important de vérifier si l'établissement de soins est doté d'un environnement sain (air ambiant sans formaldéhyde, etc.) mais aussi qu'il ne soit pas en présence excessive de facteurs de risques émergents encore mal évalués de type nanoparticules (dans les revêtements autonettoyants) ou rayonnements électromagnétiques de type WIFI en fonctionnement continu qui peuvent influencer la capacité de résistance des bactéries et/ou affaiblir les patients etc. Il convient également de s'inspirer de bonnes pratiques actuellement en évaluation comme les revêtements en cuivre et les appliquer plus largement si les résultats sont probants. Tout comme il est important de distribuer une bonne alimentation aux patients. Il s'agit de premiers pas dans le domaine de

la prévention primaire, si importante dans un contexte de pauvreté d'offre médicamenteuse efficace. Un vaste sujet ! Enfin, un espoir plus précis de nouvelle thérapeutique serait la phagothérapie (utilisation de virus bactériophages) qui semble donner de très bons résultats. L'avenir pourra nous le confirmer, je l'espère, pour le plus grand nombre.

La FHP-MCO organise aujourd'hui son congrès annuel des usagers. Selon vous, l'amélioration des conditions de prise en charge des patients passe-t-elle par ce genre de rencontre ? Ce type de rencontre participe certainement à une meilleure compréhension des positions des associations et usagers vis-à-vis des professionnels de santé et réciproquement. Mais je ne suis pas certaine qu'une journée de colloque influe sur la prise en charge. Ces rencontres font émerger des problématiques nouvelles qui peuvent faire évoluer les rapports entre les parties prenantes et c'est très important pour une meilleure compréhension réciproque à partir du moment où l'on intègre une participation active de chacun. L'écoute des remarques pertinentes des usagers et leur prise en compte peuvent permettre un grand pas en avant.

10 OCTOBRE 2013

**Frédéric BIZARD**ÉCONOMISTE DE LA SANTÉ, AUTEUR DE *COMPLÉMENTAIRES SANTÉ : LE SCANDALE !*

# Le financement par les complémentaires santé est inefficace, coûteux et inéquitable

**Pourquoi avoir écrit ce livre ?**

D'abord, je suis frappé de constater que le sujet du financement de notre système de santé soit autant négligé dans notre pays. Les performances en matière d'efficacité, de qualité et d'accès aux soins de tout système de santé sont pourtant étroitement liées à la qualité du système de financement. Nous disposons toujours du système mis en place en 1945 avec une protection santé principalement assise sur les revenus du travail (75 % des recettes de la sécu), une assurance maladie qui assure la partie solidaire du système (entre les bien-portants et les malades) et une assurance complémentaire censée optimisée l'accessibilité financière (en mutualisant les restes à charge). On a apporté quelques évolutions en 1967 et 1990 mais globalement l'ossature du système est restée la même, tout en ayant été largement dévoyée notamment concernant les tickets modérateurs. Or, le monde a considérablement changé depuis 1945. Entre autres évolutions, la part des dépenses ALD est passée de moins de 30 % à près de 70 % aujourd'hui et 75 % en 2020. L'assurance maladie s'est donc progressivement spécialisée sur le gros risque et s'est désengagée progressivement des soins courants. Un débat doit être lancé sur la refonte de notre système de financement, c'est le premier objectif de ce livre. Ensuite, depuis dix ans, on a fébrilement tenté de responsabiliser financièrement les Français dans les soins courants en instaurant des franchises et autres participations financières. Or, depuis bien longtemps, les complémentaires santé ont fait des tickets modérateurs, inventés pour modérer la consommation de soins des Français (éviter les soins non pertinents), leur premier marché

d'assurance (22 milliards € de co-paiements aujourd'hui). Sans risque, facile à prévoir, ce marché est une formidable machine à cash pour l'assurance complémentaire. Plus de 50 % des contrats individuels ne servent d'ailleurs qu'à couvrir ces tickets modérateurs, et sont ainsi inutiles pour l'assuré et nuisibles financièrement pour la collectivité (l'assurance maladie). Sauf qu'en permettant aux Français de se protéger de ce non-risque, on dédouane complètement les Français de surconsommer des soins (des études américaines et françaises ont démontré la forte corrélation entre couverture du risque santé et dépenses de santé). La première victime de cette situation est évidemment l'assurance maladie, qui reste le premier financeur de la plupart des soins. Puis les pouvoirs publics ont jeté leur dévolu sur le contrôle de l'offre de soins (tarifs des médecins, des soins hospitaliers, des médicaments). Cette stratégie de maîtrise des coûts par l'offre atteint rapidement ses limites et se traduit par une dégradation de la qualité des soins. On a même conceptualisé cette politique sous le label de parcours de soins pour justifier de restreindre la qualité du panier de soins solidaire afin de mieux maîtriser les dépenses. Enfin, la politique actuelle de santé berce les Français d'une musique laissant une large place aux soins des complémentaires santé. C'est le cas de l'avenant 8, de la généralisation des contrats complémentaires, de la PPL Le Roux et des nouveaux contrats responsables. Est-ce bien dans l'intérêt général que les pouvoirs publics empruntent ce chemin ?

**Quel rôle les assurances complémentaires jouent-elles selon vous ?**

Notre financement par les complémentaires santé est inefficace, coûteux et inéquitable. Je rappelle que l'Assurance santé complémentaire



a été laissée facultative en France parce que le risque santé réel et majeur en France est pris en charge par l'Assurance maladie. Il est utile de rappeler que le reste à charge moyen d'un patient non-ALD (56 millions de personnes) en France est de 373 euros et celui d'un patient ALD (9 millions de personnes) de 700 €. Le prix d'un contrat standard pour une personne variant de 500 € à 1 500 euros, il est aisé de comprendre que la couverture actuelle de 96 % de la population française par un contrat de complémentaire santé est une anomalie dans le système et démontre le travail très efficace réalisé par le secteur pour laisser penser que nous avons tous besoin d'une complémentaire santé. Le plus gênant encore vient de la mauvaise couverture de la majorité des contrats pour les vraies raisons qui peuvent justifier la souscription à un contrat : les frais (de prothèses) dentaires et les soins liés à une opération chirurgicale. Du fait de la décision des pouvoirs publics, la part remboursée par l'assurance maladie est devenue minoritaire par rapport au tarif réel de ces actes. On est ici au cœur du métier des complémentaires santé, assurer les Français par rapport à un risque de reste à charge important pour des soins essentiels à la santé. Globalement, le secteur de l'assurance complémentaire est défaillant dans ce rôle. Une enquête auprès de 30 mutuelles réalisée en 2013 par l'Union des chirurgiens de France démontre un reste à charge moyen après remboursement de l'assurance maladie et de la complémentaire (contrat standard pour un couple de 45 ans) de 70 % du tarif d'une prothèse dentaire soit 520 euros. Ceci explique pourquoi le dentaire est la première raison de renoncement aux soins pour raisons financières. Si on ajoute à cela que le combat principal actuellement mené par les complémentaires santé est centré sur la réduction à minima du remboursement des compléments d'honoraires des spécialistes, on transforme des contrats peu utiles pour l'accessibilité financière à des soins essentiels à la santé en contrats totalement inutiles. Le système est très coûteux comme le révèle le niveau faramineux des frais de gestion et d'acquisition du secteur : 7,3 milliards d'euros en 2010 (en hausse de 6 % vs 2009) soit 22 % des cotisations dont 3,5 milliard d'euros pour les frais d'administration, 2,3 pour les frais de communication et le reste pour les frais sur prestations. Le secteur de l'assurance complémentaire dépense presque autant pour gérer 13,7 % des dépenses totales de santé que l'assurance maladie pour gérer 75,5 % de ces dépenses. Il s'ensuit que le

système de santé français a les charges totales d'administration les plus élevées au monde selon l'OCDE, après les États-Unis et que les primes des contrats n'ont cessé de progresser à vive allure ces dernières années. Pour des personnes modestes, le taux d'effort d'acquisition d'une complémentaire peut représenter plus de 10 % de son revenu disponible. Dans ces conditions, le secteur a convaincu les pouvoirs publics qu'il était nécessaire de subventionner les contrats avec de l'argent public (ACS), au nom bien sûr de l'accès aux soins pour tous et sans contrepartie en matière de qualité des garanties des contrats. Si on ajoute à cela la fiscalisation de la part employeur, l'année 2013 aura été l'année de la désorganisation et de la dégradation de la couverture collective complémentaire, qui représentait pourtant la part la plus efficace du secteur (43 % du marché avant l'ANI).

#### **Quelles solutions préconisez-vous ?**

À court terme, il est nécessaire de réguler plus efficacement ce secteur pour assurer la transparence du marché, condition essentielle pour que les Français puissent choisir un contrat adapté à leurs besoins et faire jouer pleinement la concurrence. À titre d'exemple, les tableaux de garanties sont encore présentés en incluant quasi systématiquement la part remboursée par la Sécurité sociale et sont exprimés en pourcentage de sommes inconnues par les Français. Ensuite, il faut légiférer pour distinguer clairement deux marchés distincts : l'assurance complémentaire qui englobe les soins non essentiels à la santé et l'assurance supplémentaire qui englobe des soins non essentiels à la santé. Enfin, parmi les soins essentiels à la santé, il est nécessaire d'exclure du marché les tickets modérateurs des soins de ville, afin de revenir à un principe fondamental de notre système de santé, la responsabilisation des assurés dans leur consommation de soins. Sans que cela ne soit une quelconque barrière à l'accès aux soins puisque ces tickets modérateurs sont remboursés pour les soins les plus coûteux (ALD, hôpital) et pour les personnes les plus défavorisées (10 millions de Français éligibles à la CMU-C et l'ACS). À moyen terme, nous n'échapperons pas à une réforme globale de notre système de financement qui s'inscrira dans celle de notre système de santé.

21 NOVEMBRE 2013

## Professeur DAN BENHAMOU

PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ANESTHÉSIE ET DE RÉANIMATION (SFAR)

# On essaie d'enserrer la pratique dans un mode de fonctionnement trop normatif

### On observe une pénurie de médecins anesthésistes-réanimateurs en France, comment l'expliquez-vous ?

Elle est liée à un changement profond de recrutement des anesthésistes-réanimateurs qui, jusque dans les années 80, était basé sur un système appelé le Certificat d'études spécialisées (CES), différent du système de recrutement des autres spécialités pour lesquelles les médecins étaient formés par le biais de l'internat. Cette particularité a disparu au début des années 80 et les anesthésistes-réanimateurs ont également été formés par l'internat qualifiant. L'aspect positif a été que l'anesthésie-réanimation est devenue une spécialité comme

les autres, mais l'aspect négatif a été qu'on est passé de plusieurs centaines de médecins anesthésistes diplômés chaque année à quelques dizaines. Bien que la discipline ait alerté les tutelles et les ministères à l'époque du risque d'une pénurie brutale dans les vingt ans, personne ne nous a entendus. Cette pénurie s'est donc installée malgré les documents que nous avons publiés et l'alarme que nous avons tirée auprès des autorités. Les conditions de travail des anesthésistes-réanimateurs sont souvent extrêmement compliquées compte tenu de cette pénurie. On note cependant une légère augmentation depuis environ trois ans et un renforcement net de la filière très récent. Les premiers effets bénéfiques de cette augmentation ne se feront ressentir que d'ici cinq ans environ. S'engagera alors une redistribution entre privé et public de ces nouvelles ressources. Mais comme toute chose, cette pénurie a aussi des côtés positifs. Elle a poussé à opérer des restructurations : fermeture des petites

structures inefficaces, réorganisations, regroupements.

### Quelle est l'évolution des réglementations liées à votre pratique ?

Nous avons la chance d'être une spécialité très normée puisque notre discipline médicale est réglementée par plusieurs décrets. Ces décrets qui s'imposent aux établissements ont permis dans les années 90 de mettre en place le mode actuel d'organisation de l'anesthésie, puis au début des années 2000 ont permis d'organiser la réanimation et les unités de surveillance continue. Ceci a concouru à la mise aux normes des établissements qui, avant cela, avaient du mal à se mettre en place, souvent pour des raisons financières ou en raison d'une incompréhension des établissements ou des équipes partenaires, notamment chirurgicales. Ainsi les conditions de travail et les normes de sécurité ont fortement évolué. Ces éléments normatifs ont été excessivement positifs même si, à la base, ils étaient très contraignants ou coûteux. Ils ont permis une homogénéisation vers le haut du mode de fonctionnement des établissements français. Maintenant que cette mise aux normes est terminée, on voit cependant apparaître des problèmes. On essaie par exemple d'enserrer la pratique dans un mode de fonctionnement trop normatif et cela va à l'encontre des initiatives personnelles et nous bloquent. Toute volonté de sortir de ces décrets déclencherait un débat médical et politique, et la question est de savoir comment nous pouvons assouplir la réglementation sans en perdre la qualité première ?

### Quels sont actuellement les chevaux de bataille de la SFAR ?

A côté des actions importantes mais



traditionnelles de la SFAR (congrès et séminaires, rédaction de recommandations, liens avec les agences de l'État, production de documents professionnels...), nous travaillons actuellement sur trois axes principaux. Tout d'abord nous faisons un travail important d'ouverture et de collaboration avec les usagers. Ce projet a démarré il y a déjà quelques mois notamment sous forme de partenariats. Cela implique, par exemple, d'intégrer les usagers dans la rédaction des fiches d'informations afin que le contenu leur parle et ne soit pas compris uniquement par les professionnels. Le deuxième grand axe majeur concerne les modifications de l'organisation hospitalière, que ce soit dans le privé ou le public en développant notamment l'ambulatoire. Bien sûr, des hôpitaux publics tels que Bicêtre ont créé une unité d'ambulatoire il y a déjà une quinzaine d'années, mais il faut bien reconnaître que le privé avait amorcé cette forme de prise en charge bien avant. Le rattrapage du public dans ce domaine est très lent. Et de manière générale en France, nous sommes bien en retard par rapport aux pays

anglo-saxons. La SFAR contribue activement à l'amélioration de l'ambulatoire en anesthésie-réanimation en France. Mais nous développons parallèlement le fast track, c'est-à-dire une réhabilitation rapide de un ou deux jours après les séjours à l'hôpital. Enfin notre troisième axe, qui en est encore à l'état embryonnaire, mais très important, est une volonté de changer la situation des urgences, car les délais sont beaucoup trop longs. Nous réfléchissons donc à condenser, concentrer la prise en charge afin de la rendre la plus rapide et la plus efficiente possible. Ces mesures représentent, en plus du confort pour le patient, une réduction des coûts pour l'établissement. Tout le monde a à y gagner. Le troisième axe consiste à développer le rôle de la SFAR dans la recherche clinique, rôle qu'elle a joué indirectement jusqu'ici en attribuant un soutien financier par le biais de bourses et de contrats. Aujourd'hui, notre volonté est de jouer un rôle actif dans la réalisation de grands projets de recherche qui amélioreront la connaissance et la prise en charge de nos patients.

5 DÉCEMBRE 2013

**Dr Christian LE DORZE**

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DU GROUPE VITALIA

**La mission prime sur le statut**

**Avec le CoStratE, l'hospitalisation privée s'est donnée les moyens stratégiques de son avenir. Comment avez-vous procédé ?**

Environ 50 personnes ont travaillé durant plusieurs mois au sein de quatre ateliers thématiques. Le fruit de ce travail a été présenté au comité exécutif de la FHP en septembre dernier pour statuer, arbitrer et entériner notre rapport. L'idée de départ est simple : il s'agissait de réunir autour de la table l'ensemble de nos parties prenantes et considérer ensemble notre avenir ! Des directeurs d'établissements indépendants, de groupes, des médecins, des représentants d'usagers, des industriels ont structuré leur réflexion autour de 11 enjeux. Notre objectif était d'en établir clairement les enjeux puis d'élaborer des éléments de langage identiques à tous, pour optimiser nos dialogues avec nos collaborateurs et nos interlocuteurs auprès de la puissance publique, des médias, des organisations professionnelles, etc.



**A partir des constats partagés, quelles sont vos principales orientations ?**

Nous avons préalablement défini ce qu'est l'hospitalisation privée : des entreprises de santé d'intérêt général. Nous avons défini la place des usagers et nos relations avec eux. A ce propos, une Fondation des usagers du système de santé, portée par la FHP et sous l'égide de la Fondation de France, est créée et sera lancée officiellement en janvier 2014. Nous avons défini la place du corps médical. Comment renforcer la place des médecins dans le cadre contractuel, ou encore plus particulièrement dans celui des CME ? Nous avons aussi clairement exprimé la volonté de l'hospitalisation privée d'élaborer un nouveau pacte social. Concernant les coopérations entre établissements, nous avons arrêté une position de grande prudence au regard des

coopérations public/privé au vu des évolutions observées au cours des derniers mois et une position d'encouragement des coopérations privé/privé. Nous souhaitons inciter notre secteur à largement participer aux missions de service public mais avec des garanties de transparence et d'équité. Sur le principe, notre position est claire : la mission prime sur le statut. Concernant l'excellente approche du parcours de soins, nous restons réservés sur qui coordonne et défendons une allocation de chaque acteur pour sa partie propre. Sur le financement, retenons simplement une volonté de maintenir la T2A, la prééminence du tarif sur la subvention et naturellement son caractère équitable ainsi qu'une visibilité sur trois ans. Enfin, un comité scientifique sera créé au sein de la FHP et viendra soutenir et accompagner un engagement fort de notre secteur dans la recherche et l'innovation.

**Fort de ce rapport stratégique, quelle est la suite envisagée ?**

Notre démarche est structurée jusqu'au bout. Ce rapport donnera lieu à l'élaboration d'un plan triennal stratégique, donc une feuille de route. Pour cela, nous avons créé dix groupes de travail thématiques qui ont pour mission de définir cinq actions et cinq mesures par action. 60 personnes dont certains experts extérieurs à notre fédération travaillent à l'heure actuelle à ce déploiement opérationnel. Nous reviendrons à nouveau devant le comité exécutif de la FHP en janvier pour présenter nos résultats. Enfin, une journée dédiée est prévue au printemps pour exposer cette démarche stratégique et opérationnelle à l'ensemble des adhérents.

19 DÉCEMBRE 2013

## Muguette DINI

SÉNATRICE DU RHÔNE, MEMBRE DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, VICE-PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION SÉNATORIALE POUR LE CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS

# Les premières maisons de naissance ouvriront leur porte en 2015

Les maisons de naissance ont été créées, d'une part, sous l'impulsion de sages-femmes libérales convaincues par le bienfait des accouchements à domicile, mais réticentes à l'idée d'être

confrontées à des problèmes juridiques en cas d'incidents. Les maisons de naissance leur offrent justement la proximité et l'intimité qu'elles auraient si elles exerçaient avec leurs clientes à domicile. D'autre part, j'ai rencontré au cours de ma vie de nombreuses femmes déçues et contrariées par la médicalisation excessive de leur premier accouchement à la

maternité. Ces femmes avaient le sentiment d'être traitées comme des malades, or la grossesse est un état naturel. Souvent, lors de la deuxième naissance, les mères aspirent à un accouchement physiologique dans des conditions plus naturelles et plus personnalisées avec une réelle proximité. C'est pourquoi il nous semblait important de répondre aux demandes à la fois des sages-femmes et des futures mamans auxquelles nous souhaitions offrir les conditions d'un accouchement à la maison avec la proximité d'un établissement de santé en cas de complications. La proximité de la maison de naissance et de la maternité était d'ailleurs le principe de précaution propice à la promulgation de cette loi même si le taux de mortalité infantile est égal voire inférieur dans les Pays nordiques et au Québec où ces maisons sont totalement dissociées du milieu médical. Rappelons, par exemple, qu'aux Pays-Bas, 70 % des accouchements ont lieu à domicile avec un taux de mortalité infantile identique à la France. En France, tout cela s'inscrit d'abord dans une expérimentation de cinq ans très encadrée, mais nous pouvons imaginer que la loi s'assouplira,

forte d'un bilan positif. Les structures seront obligatoirement autonomes, généralement privées, éventuellement publiques ; et auront le statut propre de maison de naissance. Le statut libéral des sages-femmes avec toute la liberté horaire que cela implique, sera encore un atout pour ces maisons de naissance qui offriront flexibilité et grande amplitude horaire pour accompagner les parturientes, loin des contraintes horaires imposées par les maternités. Les premières maisons de naissance ouvriront leur porte en 2015. Nous avons déjà deux maisons en région parisienne (Paris 12e, Pontoise) prêtes à fonctionner et une dizaine d'autres projets sont déjà bien avancés (Rennes, Lyon, Mulhouse, Bordeaux, Marseille...). Cela sera un bon début pour une expérimentation car chaque projet représente un cas de figure différent. Nous visons, avec ce projet, environ 10 % des parturientes françaises.



19 DÉCEMBRE 2013

**Gérard REYSSEGUIER**DIRECTEUR DE LA CLINIQUE SARRUS-TEINTURIERS À TOULOUSE ET PRÉSIDENT DE LA COMMISSION  
NAISSANCE DE LA FHP-MCO

## Quel modèle économique pour les maisons de naissance ?

Depuis déjà longtemps, les maternités privées ont entendu la demande des parturientes de bénéficier d'un accouchement moins médicalisé et davantage personnalisé. Nombre d'entre nous ont déjà mis en place des parcours personnalisés, des salles nature et quelques-uns ont ouvert leur bloc obstétrical à des sages-femmes libérales. C'est donc la preuve, avec nos gynécologues et nos équipes de sages-femmes, que nous avons compris la nécessité d'évoluer et de s'adapter et nous le démontrons. Pourquoi ne pas aller plus loin dans ces aménagements pour, au contraire, favoriser la création d'une nouvelle structure intermédiaire ? Les maisons de naissance n'ont pas fait

leur preuve dans certains pays où elles sont développées et elles fonctionnent bien dans les pays qui ont une vraie culture et organisation de la prévention et de cette forme d'accompagnement. En France, il faudra tout inventer. Mais surtout, je m'interroge sur le modèle économique de ces maisons de naissance ? Car la loi est très bien faite, elle ne parle pas de ce qui fâche : la question

médico-économique ! Ce seront généralement des structures privées. Très concrètement, comment les sages-femmes libérales payées 313 euros par accouchement, qui peut leur demander jusqu'à 12h de disponibilité, vont-elles gagner leur vie ? Car précisément, la valeur-ajoutée des maisons de naissance réside dans la qualité de l'accompagnement avant, pendant et de retour à domicile. Il faut de plus ajouter un repos de sécurité de 12h avant de reprendre un service. Si les sages-femmes sont salariées, cela signifie pouvoir disposer d'un volant de 4,8 ETP pour garantir la présence d'au moins 1 sage-femme 24/24, 7/7, ce qui représente une masse salariale d'environ 210 000 euros par an et donc la nécessité pour la structure de réaliser 258 accouchements. Or le projet vise environ 50 accouchements par an ! Ce point soulève certes un problème financier majeur mais aussi un problème de recrutement car, si dans les grandes villes les

maisons de naissance disposeront d'un nombre suffisant de sages-femmes, cela ne sera vraisemblablement pas le cas dans les zones rurales. La loi ne répond tout simplement pas à ces questions simples. Les coûts devront-ils alors être supportés par l'établissement hospitalier lui-même ? Et dans ce cas, pourquoi créer une maison de naissance alors que le service de maternité peut ouvrir davantage son bloc aux sages-femmes libérales, organiser des flux physiologiques, optimiser l'accueil personnalisé, etc. Naturellement les sages-femmes soutiennent les maisons de naissance mais elles revendiquent en même temps une augmentation de leurs tarifs, à défaut de quoi elles ne pourront pas mettre en œuvre cet exercice. Je m'interroge donc sérieusement sur la viabilité du système. Par ailleurs, je suis très surpris de voir que de nouvelles recommandations de la HAS concernant les sorties précoces, déjà validées par les sociétés savantes et en relecture finale, précisent qu'un pédiatre devra voir le bébé avant sa sortie. Là encore, comment les maisons de naissance vont-elles s'organiser ? Celles rattachées à une grosse structure, ne rencontreront pas trop de difficultés, mais qu'en sera-t-il de celles situées dans des zones rurales ? Ou alors, professionnels et structures fonctionneront-ils hors recommandations de la HAS ou alors des recommandations spécifiques seront-elles produites ? Pour nous la solution réside avant tout dans l'amélioration de la qualité et la sécurité de nos structures déjà existantes en répondant aux demandes de proximité, de naturel, de personnalisation de nos parturientes. Ouvrons davantage nos blocs obstétricaux à des sages-femmes libérales mais en sachant, par exemple, qu'une équipe de quatre ne peut assumer plus de 120 accouchements par an. Il est indispensable enfin de supprimer la borne basse de l'accouchement physiologique, tout en gardant le même tarif. Ainsi nous pourrions répondre encore plus efficacement à ces demandes et mieux faire notre métier.







« Défendre votre quotidien  
et anticiper l'avenir est notre  
devise. Le cœur de la FHP-MCO  
(se) bat pour vous. »

**Lamine Gharbi**, PRÉSIDENT DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

**FHP**  
**MCO**  
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

FHP-MCO  
106, RUE D'AMSTERDAM, 75009 PARIS  
TEL : 01 53 83 56 87 – FAX : 01 53 83 56 69  
[fhp-mco@fhp.fr](mailto:fhp-mco@fhp.fr)

[fhpmco.fr](http://fhpmco.fr)