

RÈGLEMENTATION
CONTRÔLES
À TOUS
LES ÉTAGES



Maternité
L'hospitalisation
privée labellisée

ALLEMAGNE
Les salaires
des médecins
augmentent
de 5 %



Pharmacie à usage interne

La gestion des médicaments sous haute surveillance



éditorial
Ségolène
Benhamou

Médecins, pharmaciens et directeurs des établissements de santé vont devoir faire face très prochainement à des changements importants dans la gestion des médicaments.

La facturation des médicaments de la liste en sus ne sera définitivement plus automatique. En effet, le remboursement, et donc en amont la prescription, seront liés au service médical rendu du médicament. Ainsi, au fil de l'eau, le référentiel administratif évolue : des médicaments sont radiés de la liste en sus, d'autres sont ajoutés, et leur éligibilité à la prescription est précisée.

De plus, le système d'information requis est complexe concernant l'intégration des éléments dans les logiciels d'aide à la prescription et d'aide à la dispensation (LAP-LAD), et le codage de l'indication dans le PMSI qui est attendu dès ce 1^{er} septembre. Ce dossier requiert une mobilisation et une implication immédiates des équipes.

Même si nous voyons dans ces nouvelles contraintes l'opportunité de renforcer la pertinence des prescriptions, et donc la qualité des soins, la mise en place d'un tel dispositif nécessite un minimum de pragmatisme et d'accompagnement, elle ne peut pas se faire sans prise en compte des contraintes médico-économiques des établissements de santé. Cette course légitime aux économies, ici sur les dépenses générées par la liste en sus, donnera-t-elle en contre-

partie une marge de manœuvre dans la gestion de l'enveloppe de financement des établissements ? Parallèlement, l'hospitalisation privée souhaite répondre sans hésitation à l'enjeu de sécurité sanitaire porté par le process de sérialisation des médicaments. Lutter contre le marché noir, garantir la sécurité sanitaire des médicaments dispensés dans nos établissements de santé est une

évidence. En revanche, nous demeurons interrogatifs quant à la gouvernance et la mise en œuvre de la démarche initiée. En effet, le décommissionnement et le contrôle

de l'intégrité du système d'inviolabilité des médicaments devront être faits dans les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé à partir du 9 février 2019. Ces obligations ont des conséquences majeures en termes organisationnels, logistiques, humains et financiers, qui n'ont fait l'objet d'aucune analyse, ni de chiffrage précis.

La formation des équipes et leur extrême bonne volonté ne suffiront pas à mener à bien ces réformes. La FHP-MCO, aux côtés des autres fédérations hospitalières, œuvre auprès de la tutelle pour obtenir précisions, temps supplémentaire, et financement. Notre mission est, dans un premier temps et grâce à ce numéro de *Dialogue Santé*, de vous informer des enjeux et de vous inviter à anticiper autant que possible ces changements attendus à très court terme.

Ségolène Benhamou
Présidente de la FHP-MCO

La formation des équipes et leur extrême bonne volonté ne suffiront pas à mener à bien ces réformes. La FHP-MCO, aux côtés des autres fédérations hospitalières, œuvre auprès de la tutelle pour obtenir précisions, temps supplémentaire, et financement.



RÈGLEMENTATIONS

Au pas de charge !

Une course contre la montre est engagée pour répondre aux deux réglementations à venir : la sérialisation des médicaments et le nouveau codage de la liste en sus. Le temps et le financement manquent pour mener à bien ces réformes sur site. La gageure pour les équipes sera aussi de transformer ces contraintes en opportunité pour repenser et réorganiser leur PUI. Toute votre attention est requise !

PATRICK ERRARD, PRÉSIDENT DU LEEM

UNE ARME CONTRE LE FLÉAU DES MÉDICAMENTS FALSIFIÉS

Moins d'un an nous sépare de la mise en œuvre de la sérialisation des médicaments à la boîte, prévue pour le 9 février 2019. Une course contre la montre est engagée pour se conformer à la directive européenne relative aux médicaments falsifiés, adoptée en 2011. Celle-ci impose aux entreprises du médicament la mise en place d'un numéro de série unique sur chaque boîte de médicament de prescription – et non plus au lot –, afin d'assurer la traçabilité complète de chaque produit sur l'ensemble du territoire européen.



Un objectif de sécurité sanitaire primordial : renforcer l'étanchéité du système de distribution des médicaments en Europe.

Cette nouvelle réglementation poursuit un objectif de sécurité sanitaire primordial : renforcer l'étanchéité du système de distribution des médicaments en Europe face à un trafic de médicaments contrefaits en constante progression. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un médicament sur dix circulant dans le monde est une contrefaçon. Ce ratio atteint même sept sur dix en Afrique où plus de 100 000 personnes meurent chaque année à cause de ce trafic. Endiguer ce fléau est une priorité humaine collective. Parce qu'elle garantit l'étanchéité du circuit, la sérialisation à la boîte y participe activement.

Cette réglementation est particulièrement « impliquante » pour les laboratoires pharmaceutiques qui doivent revoir leurs outils de production, investir pour moderniser leurs chaînes, s'aligner avec les standards européens, et, le cas échéant, recruter un ou plusieurs collaborateurs dédiés à ces changements. Loin d'être une simple adaptation, la sérialisation des médicaments est une révolution organisationnelle d'une ampleur jamais égalée.

C'est d'abord une révolution financière avec un impact budgétaire conséquent pour les entreprises du secteur. Il faut compter entre 100 à 400 000 € pour adapter une seule ligne de conditionnement.

C'est ensuite une révolution des pratiques, avec la mise en place de logiciels performants capables de générer des codes sur plusieurs lignes de production et plusieurs sites en même temps.

C'est enfin une révolution collective au sens où la sérialisation redimensionne totalement le paysage de la distribution pharmaceutique en France et en Europe. Cette révolution ne bouleverse pas uniquement l'activité des entreprises du médicament. Elle constitue un défi majeur pour l'ensemble des acteurs de la chaîne du médicament. De la production jusqu'au point de dispensation, le nouveau dispositif impose des changements organisationnels pour le grossiste-répartiteur, le dépositaire, le pharmacien d'officine, le pharmacien hospitalier, les agences sanitaires... C'est en particulier le cas pour les établissements de santé qui devront subir des adaptations majeures pour se conformer à la réglementation.

Un impératif sanitaire

Cet engagement collectif est déterminant pour rendre la chaîne d'approvisionnement performante et irréprochable dans un environnement qui vit des transformations majeures : transformation de la production, de la distribution, évolution des métiers...

À l'heure où les échanges commerciaux se multiplient et les flux de produits se densifient, la traçabilité des produits de santé est un impératif sanitaire. La mise en œuvre de cette directive participe à cette exigence.

Le dispositif que nous nous apprêtons à mettre en place est une arme de plus dans la lutte contre le fléau des médicaments falsifiés, qui font l'objet d'un trafic, qui, lui, ne connaît pas de frontière. En érigeant au niveau mondial une frontière sanitaire de haute technologie, nous garantissons aux patients un accès encore plus sécurisé à des médicaments de qualité.

VIOLAINE FAJOLLE, DIRECTEUR PHARMACIE/DM/DMI/GROUPES, CAHPP
DENIS COMON, PHARMACIEN, SERVICE DES MARCHÉS CAHPP

DE PROFONDS CHANGEMENTS DANS LES PRATIQUES SONT À L'ŒUVRE

Depuis le 1^{er} mars 2018, les établissements peuvent renseigner l'indication des médicaments de la liste en sus en s'appuyant sur un référentiel administratif mis à disposition sur le site du ministère de la Santé, compléter par deux fichiers mis à disposition par l'ATIH, en particulier la correspondance code LES (Liste en sus) – UCD. À partir du 1^{er} septembre, ce codage deviendra obligatoire pour les établissements MCO et conditionnera le remboursement. La transmission de cette nouvelle codification sera réalisée dans le cadre du PMSI via un nouveau champ dans la partie RSH-H du fichier RSF. Pour ce faire, les établissements devront faire



Nous savons tous qu'une prescription pas ou mal renseignée ne sera pas remboursée.

évoluer leur logiciel de facturation et d'aide à la prescription, sachant qu'il existe plus de 300 LAP sur le marché.

Cependant plusieurs questions restent encore en suspens : quel professionnel va renseigner les indications dans le logiciel, qui s'assurera de la bonne remontée de celles-ci, quid de l'interface avec le logiciel de comptabilité de l'établissement ? Nous savons tous qu'une prescription pas ou mal renseignée ne sera pas remboursée, avec une nouvelle interrogation : les médicaments seront-ils seuls rejetés ou l'ensemble de la facture avec le séjour associé ? Parallèlement, ces données donnent la possibilité aux tutelles de piloter en temps réel. De même, l'industrie, en cas de communication de données anonymisées pourra mieux cerner les pratiques, s'adapter au marché, orienter les demandes AMM, etc. Sur un tout autre sujet, CAHPP suit de près le projet de sérialisation des médicaments. À partir du 9 février 2019, un identifiant unique (sous forme d'un datamatrix) sera apposé sur chaque boîte de médicaments (liste 1, 2 et stupéfiants). L'ensemble de ces identifiants

seront au préalable chargés sur une base européenne puis poussés vers la base de chaque pays destinataire. Au bout de la chaîne de distribution, les pharmaciens des PUI devront scanner les codes des boîtes, les comparer à ceux enregistrés dans la base de données nationale afin de s'assurer qu'il s'agit de médicaments authentiques et s'assurer que le dispositif d'inviolabilité du médicament est intact.

Cortège de bonnes pratiques

Cela sous-entend que cette sérialisation peut être soumise à inspection pharmaceutique ou à être intégrée à la visite de certification. Elle va donc s'accompagner du cortège des bonnes pratiques : organisation d'une marche en avant, respect de la chaîne du froid dans l'espace de réception (installation d'un réfrigérateur), création d'une zone de quarantaine adaptée, traçabilité, procédures, etc. Les directions des établissements devront de fait mettre les moyens nécessaires afin que les PUI puissent



Nous mettons à disposition des cliniques une « calculatrice sérialisation » pour estimer le nombre de boîtes concernées et la nouvelle charge de travail.

remplir cette nouvelle mission : moyens humains, matériels, informatiques, locaux. Là aussi, de nombreuses questions restent toujours en suspens. Quid des datamatrix non lisibles, des dépannages entre établissements, des médicaments urgents non authentifiés, des procédures dégradées en cas de panne informatique, de réseau inaccessible, du coût de traitement des médicaments authentiques mais refoulés pour un problème technique, et surtout le financement de tous ces aménagements ? Nous travaillons sur des solutions mais d'ores et déjà nous mettons à disposition des cliniques une « calculatrice sérialisation » pour estimer le nombre de boîtes concernées et la nouvelle charge de travail.

DR MORVAN, ANESTHÉSISTE,
EXPERT NUMÉRIQUE EN SANTÉ À L'ANAP,
CONSULTANT À L'OMEDIT AQUITAINE
ET AU CNOF

UNE RÉFORME DANS LA DOULEUR

Les listes en sus se réduisent au fur et à mesure, de manière peut-être pertinente. Je n'en remets pas en cause le principe. Mais la vision du terrain, c'est qu'à l'heure actuelle, des établissements commencent à sérier leur activité en fonction des listes en sus financées. Cette réforme va se mettre en place dans la douleur et tout dépendra s'ils contrôlent de façon suffisamment active ce sujet. Quand ils s'apercevront que des médicaments de la liste en sus dispensés ne sont plus remboursés, ils comprendront. Mal-



Cette réforme va se mettre en place dans la douleur et tout dépendra si les établissements contrôlent de façon active ce sujet.

heureusement, plus les établissements sont de taille restreinte, plus les personnes sont multicasquettes et sont obligées de travailler sans pouvoir vérifier si ce qui était remboursé hier l'est encore aujourd'hui. Les outils qui devraient donner ces informations aux médecins notamment ne sont pas matures. Ils devront donc aller les chercher au fur et à mesure. Informer, ce pourrait être le rôle des Omedit. Nous avons la chance d'en avoir un en Aquitaine qui est proactif dans ce domaine. Mais ce n'est probablement pas le cas dans toutes les régions.

Outils pas assez aboutis

La sérialisation, prévue en 2019, est sécurisante, et elle va obliger les PUI à se réorganiser. La lecture par codes-barres commence à se généraliser, parfois en utilisant ceux de l'industriel. Elle permet une gestion du stock pertinente et fluide. Mais les outils des pharmaciens ne sont pas assez aboutis. Par exemple, un calcul des consommations de médicaments sur une période donnée soulagerait les pharmaciens pour la gestion des commandes, et leur permettrait de transférer ces tâches aux préparateurs. Ces données ont aussi un intérêt pour les tutelles en termes de santé publique. Même les industriels sont dans l'embarras. Ce sont les industriels qui tracent leurs stocks, et sont capables de dire si tel lot était dans tel stock. Mais lorsque le traitement est donné à l'unité ou par boîte, on a du mal à le rattacher au lot. Il y a un manque de standardisation auquel cette réforme va j'espère répondre. Par ailleurs, le volet de synthèse médicale me paraît être l'un des 5 éléments clés du dossier médical, et il doit être échangeable. J'ai vécu des retours d'expériences dramatiques, qui soulignaient une carence d'information évidente. Dans certains établissements, chaque service paramètre le système d'information du logiciel à sa manière, donc il faut un temps infini pour retrouver des informations basiques. D'autres, qui doivent s'associer en GHT ne peuvent pas faire converger leurs données car chacun a structuré le logiciel à sa manière.

LAURENT MARTA, PHARMACIEN ATTACHÉ
À LA PERFORMANCE (GROUPE ELSAN)

« JE SUIS SCEPTIQUE SUR LA DATE IMPOSÉE »

Aujourd'hui, les établissements de santé veulent connaître les impacts de la sérialisation des médicaments sur le terrain. En premier lieu, est-ce que les éditeurs de logiciels de gestion des stocks ont prévu l'interface des logiciels des PUI avec France MVO pour pouvoir valider les produits reçus ? De notre côté, l'impact SI est pris en considération, mais la question est de savoir si les outils seront prêts en février 2019 ? Il n'est pas imaginable de valider chaque boîte manuellement en ligne ou encore d'accepter un mode dégradé. Par exemple, le déblocage d'un lot à la réception, et par colissage, serait le plus pratique.

Le travail est fait à l'envers

La sérialisation nous est imposée mais nous n'avons pas pu travailler en amont avec les éditeurs de logiciels. Certains éditeurs seront prêts, mais pas tous. Cela aurait pu être une opportunité de nous améliorer sur ce point, mais vu les délais cela va se faire dans



Avec plus de temps, nous aurions transformé la sérialisation en avantage.

la douleur sans que nous ayons un réel gain, alors qu'avec plus de temps nous aurions transformé la sérialisation en avantage.

Les établissements de santé privés ne sont pas encore en capacité d'avoir une gestion au lot du circuit du médicament du début à la fin, sauf ceux dont la traçabilité est réglementaire (possibilité offerte par les armoires automatisées utilisées dans le secteur public). Nous n'avons pas les possibilités organisationnelles et financières pour dire quelle molécule a été administrée à quel patient à quelle heure. Nous allons donc juste répondre à l'exigence de la sérialisation et de la lutte contre la falsification mais sans pouvoir aller plus loin pour l'instant.

De plus, nous devons faire face à une autre évolution : l'intégration des codes des médicaments de la liste en sus même si ce chantier est plus simple. Enfin, qui va supporter les coûts de ces adaptations ? Les éditeurs via une mise à jour de leurs logiciels ? Les établissements ou les groupes ? C'est encore nébuleux. Je suis sceptique sur la date imposée, qui nous laisse peu de temps. Il ne faut pas non plus négliger les coûts humains nécessaires à mettre en face de la tâche imposée, à savoir le décommissionnement de chaque boîte de médicament reçue.

Pour exemple, certains établissements réceptionnent jusqu'à 5000 boîtes par jour ; à raison de 3 secondes pour scanner chaque boîte, nous parlons d'une activité de minimum 4 heures par jour. Les besoins en ressources humaines vont exploser.

DR MICHÈLE BRAMI, MÉDECIN CONSEIL FHP-MCO

LA PROCÉDURE DE CODAGE CHOISIE NÉGLIGE DES ÉLÉMENTS ESSENTIELS

Les établissements de santé comprennent parfaitement l'intérêt qu'ils auraient à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé liées aux médicaments de la liste en sus. Puisque l'ensemble du financement est contraint par un objectif national des dépenses hospitalières, les sommes dévolues aux médicaments amputent le volume réservé au financement des séjours, réduisant, pour ne pas dire anéantissant, les marges de manœuvre qu'il serait souhaitable de laisser aux établissements.



Le ministère a ainsi imaginé de limiter le remboursement par l'Assurance maladie des médicaments de la liste en sus aux seules indications décrites par l'AMM.

Le ministère a ainsi imaginé de limiter le remboursement par l'Assurance maladie des médicaments de la liste en sus aux seules indications décrites par l'AMM. Et pour s'assurer des conditions de prescription de ces médicaments, il impose le codage des indications lors de la facturation du séjour.

La procédure de codage choisie néglige trois facteurs essentiels.

1. La prescription n'émane jamais d'un gestionnaire d'établissement, mais toujours d'un médecin. Or les médecins n'ont pas été invités aux travaux qui rendent nécessaire de coder l'indication pour laquelle ils sont prescrits et le non remboursement par l'Assurance maladie des prescriptions en dehors des indications de l'AMM.

2. Les médicaments de la liste en sus, tous particulièrement onéreux, sont destinés dans plus de 80 % des cas à l'oncologie. Dans cette discipline, les

médecins nous disent qu'indications et AMM ne sont pas toujours parfaitement superposées, ni même superposables. De plus les indications telles que définies par l'AMM sont souvent d'une complexité telle qu'il n'est pas évident de savoir si l'état du malade répond bien à la définition donnée.

3. La mesure suppose l'utilisation d'outils informatiques d'aide à la prescription, à utiliser par le médecin prescripteur et dont on ne sait rien : sont-ils au point, sont-ils connus des médecins, sont-ils utilisés, et surtout combien valent-ils et à la charge de qui sont-ils ?

Une charge de travail augmentée

Ainsi c'est sur le gestionnaire de l'établissement que retombe la responsabilité de cette facturation, alors que le médecin pense en toute bonne foi faire pour le mieux pour son patient, en fonction des informations scientifiques dont il dispose et qui ont été publiées dans la presse scientifique. De son côté, l'industriel qui fabrique le médicament ne peut pas (ne veut pas ?) toujours mettre en œuvre une procédure d'AMM dans toutes les indications potentielles. La tutelle (ministère et Assurance maladie) a le souci de maîtriser l'évolution des dépenses pour préserver le système de prise en charge qui profite à tous. Ensuite, le responsable du DIM de l'établissement et le pharmacien voient tous les deux leur charge de travail augmenter pour fournir une information, qui reste de la responsabilité du médecin prescripteur. Sont-ils en droit, en devoir, en capacité de valider, à partir d'un référentiel parfaitement abscons ? Enfin, le malade est en droit d'attendre le meilleur traitement adapté à son cas selon l'état actuel de la science.

LA SANTÉ N'EST PAS L'AFFAIRE DE TOUS

POUR VOUS ASSURER,
FAITES CONFIANCE
À UN SPÉCIALISTE
DE LA SANTÉ !

beah 
Bureau Européen d'Assurance Hospitalière

L'assurance des établissements
dédiée à l'hospitalisation privée.
www.beah.fr - 04 82 25 01 63
claphama@beah.fr

UNE COUVERTURE DES RISQUES
OPTIMALE ET SUR-MESURE

HYGIERISK
Exercez (r)assuré

L'assurance RC professionnelle
des praticiens du plateau technique lourd.
www.hygierisk.fr - 03 81 26 10 10
bonnetg@beah.fr

DEMANDE DE DEVIS EN LIGNE

LES MÉDECINS LIBÉRAUX EN FRANCE

dialogue
santé

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les trois mois. Août 2018. Directeur de publication : Ségolène Benhamou présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : Schutterstock et DR.

COMBIEN SONT-ILS ?

130 000

C'est le nombre de médecins libéraux en activité (57 % de la totalité des médecins). 11 % des médecins exerçant en France ont obtenu leur diplôme à l'étranger dont les trois quarts sont des spécialistes.

COMMENT EXERCENT-ILS ?

46 %

de la totalité des médecins en activité exercent uniquement en mode libéral, 12 % ont fait le choix d'un exercice mixte.

QUEL ÂGE ONT-ILS ?

+ 55 ans

Un médecin sur deux a plus de 55 ans.

Sources : DREES, 10000 médecins de plus depuis 2012, mai 2018.

INNOVATION



Une démarche qui encourage les mères à allaiter au sein et informe les professionnels de santé sur la meilleure façon de soutenir l'allaitement maternel.

Salaires des médecins en Allemagne

UNE HAUSSE DE PLUS DE 5 %

Outre-Rhin, les médecins exerçant dans les établissements privés sont salariés. Défendus par un unique syndicat, le Marburger Bund, ils viennent d'obtenir en avril une augmentation de plus de 5 % de leurs salaires à l'issue d'une négociation reconduite tous les 18 mois.

Ce sont d'abord les résultats des négociations obtenus pour les médecins des centres hospitaliers régionaux qui emploient le plus grand nombre de médecins, presque 60000, qui servent d'étalon pour les autres, c'est-à-dire, les 30000 praticiens des 34 CHU, les 45000 des établissements religieux et enfin les 23000 praticiens des groupes de santé privés (données de l'Institut allemand de la statistique, 2016). Ces derniers peuvent ensuite négocier chacun séparément. Le BDPK (équivalent en Allemagne de la Fédération de l'hospitalisation privée) qui représente les établissements de santé privés n'interfère pas et laisse les groupes de cliniques négocier en direct avec le Marburger Bund. Ainsi, les médecins des cliniques du groupe Sana vont recevoir progressivement d'ici janvier 2020, 5,3 % d'augmentation de salaires, ceux de Asklepios et Rhön-Klinikum 5,4 %*. Les employeurs appliquent les tarifs et conditions négociées pour la branche. Les salaires sont donc identiques pour tous les secteurs.

Quatre échelons qui structurent une carrière

En Allemagne, quatre échelons structurent la carrière d'un médecin : chef de clinique, médecin spécialiste, praticien hospitalier, chef de service. Parallèlement, six étapes au maximum rythment l'avancée de la carrière. À chacun son rythme : le chef de clinique franchit une nouvelle étape chaque année, le spécialiste, tous les deux ans, le praticien hospitalier, ne se voit offrir que deux étapes tous les trois ans, et le médecin chef de service une seule marche après trois ans. Ainsi, à partir du 1^{er} mai 2018, le chef de clinique démarre avec un salaire de base à 4 402 euros quand le chef de service finit sa carrière à 9 173 euros.

Le Marburger Bund représente l'ensemble des médecins salariés qui exercent dans tous les établissements sanitaires, quel que soit leur statut juridique. 60 % des médecins salariés sont adhérents au syndicat, un chiffre très élevé comparé aux 17 % en moyenne dans les entreprises allemandes. Une représentativité fruit d'un long combat, notamment d'une mobilisation des médecins en faveur d'un syndicat unique, avance le Marburger Bund qui négocie depuis plus de 10 ans les rémunérations des médecins mais aussi leurs conditions de travail. La loi en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016 va obliger la pénurie à s'organiser avec l'obligation d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste sous quatre semaines. Les chiffres de part et d'autre du Rhin sont identiques : environ 5 000 places chaque année restent non pourvues. Par ailleurs, seuls 20 % des jeunes médecins sont prêts à s'installer en libéral à l'issue de leurs études et certains territoires comptent jusqu'à 50 % de médecins étrangers.

Label

CINQ MATERNITÉS PRIVÉES SONT « AMIES DES BÉBÉS »

L'hospitalisation privée renouvelle son approche de la naissance et mise sur des labels.

L'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF lançaient en 1991 l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB), une démarche très exigeante qui encourage les mères à allaiter au sein et informe les professionnels de santé sur la meilleure façon de soutenir l'allaitement maternel. Seules 33 maternités tous statuts et niveaux confondus sont labellisées IHAB en France fin 2017, dont 5 maternités privées (voir encadré). 15 nouvelles équipes de maternités privées se sont déclarées engagées dans la démarche (et 25 d'établissements publics). La maternité de niveau 1 de la Polyclinique Saint Côme à Compiègne en fait partie. « Le choix de se lancer dans cette labellisation correspond avant tout à un projet de service, et à une volonté des équipes de concevoir l'accouchement et l'accompagnement des parents d'une autre façon. Nous travaillons depuis plus de 3 ans sur cette démarche. Elle reflète notre volonté de repenser la prise en charge en maternité, qui doit sortir d'un cadre « hospitalier » parce l'accouchement n'est pas une maladie. Nos équipes,

conscientes qu'une approche trop technique ne correspondait plus aux attentes aujourd'hui des parents, se sont pleinement appropriées cette conception nouvelle de leur rôle. Elles ont su remettre en question leurs procédures, se sont formées, etc. », explique Vincent Vesselle, directeur de l'établissement. « Nous savons que nous ne reviendrons plus en arrière, car les médecins ont un retour très positif de la part des parents. Nous avons un taux de césariennes inférieur à 14 %, et nous sommes passés en quelques mois d'un taux d'épisiotomie de 28 % à 4 %, puis à moins de 2 %.

Notre pharmacienne a, quant à elle, constaté une baisse de la consommation des antalgiques de 30 %. L'avantage du secteur privé, c'est que nous sommes beaucoup plus réactifs », précise Cécile Thiébaud, cadre du service.

L'équipe de la maternité Saint Côme voit ainsi dans le maintien des 1300 naissances annuelles depuis trois ans, ses efforts récompensés, dans un contexte où le nombre d'accouchements baissait en 2016 de 1,33 % dans le secteur public et de 5,24 % dans le secteur privé.

Cette démarche correspond à la volonté des équipes de concevoir l'accouchement et l'accompagnement des parents d'une autre façon.

*Asklepios (150 établissements) et Sana, (50 établissements), sont les 2^e et 3^e groupes de santé privés en Allemagne. Rhön-Klinikum représente 5 établissements privés dont 2 CHU.

UN SECTEUR PRIVÉ SUR-REPRÉSENTÉ

5 maternités sur les 33 labellisées IHAB en France fin 2017, tous statuts et niveaux confondus, sont de statut privé. Le secteur privé est ainsi sur-représenté dans ce label, alors qu'il ne prend en charge que 22 % des naissances. 119 maternités privées subsistent dans le paysage sanitaire mais 31 départements français n'ont déjà plus de maternité de statut privé.

1. Maternités Belledone à Grenoble, Rive droite à Bordeaux, Saint Cœur à Vendôme, Saint George à Nice, Saint Grégoire à Rennes.

