



Qualité et pertinence des soins : un enjeu perçu par les Français

Les résultats de l'enquête de la 2^e édition de l'observatoire sociétal FHP/ViaVoice ont été rendus publics à l'occasion des Rencontres annuelles de la FHP, qui viennent de se tenir à Paris.

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

▪ [Mot de passe oublié ?](#)



Les chiffres clés de la FHP

A LIRE EGALEMENT.

Qualité et pertinence des soins : un enjeu perçu par les Français

- La Fédération de l'Hospitalisation Privée représente 1 030 établissements, qui assurent 55 % des séjours chirurgicaux et sont leaders en chirurgie ambulatoire (65 %).
- Ces établissements soignent chaque année 9 millions de personnes.
- 2,6 millions de patients par an sont pris en charge dans 124 services d'urgences.
- Un enfant sur quatre naît dans une maternité privée.
- 40 000 médecins (dont une majorité de médecins libéraux) exercent au sein des établissements de la FHP, qui emploient 150 000 personnels paramédicaux et administratifs, dont 50 000 infirmiers et infirmières et 27 000 aides soignant(e)s.
- L'hospitalisation privée assure 35 % des séjours en MCO, 33 % des séjours en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 25 % des séjours en psychiatrie et 17 % des Hospitalisations A Domicile (HAD).

Source : FHP, données 2015



La FHP part en campagne (tarifaire)

Il y a quelques semaines, les quatre fédérations hospitalières, la FHF, la FHP, la FEHAP et Unicancer, représentant le secteur public et le secteur privé ont alerté les pouvoirs publics sur les graves difficultés que connaissent leurs établissements.

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

▪ [Mot de passe oublié ?](#)



Les 16 propositions de la FHP pour la campagne tarifaire 2019

Les seize propositions de la Fédération Hospitalière Privée (FHP) se

répartissent en trois chapitres.

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

Se connecter

▪ [Mot de passe oublié ?](#)



Entretien avec Lamine Gharbi, président de la FHP

Pour le président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) le ralentissement de l'activité hospitalière autorise une hausse minimum de 1 % des tarifs hospitaliers sans laquelle le déficit des établissements de santé continuera de se creuser.

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

Se connecter

- [Mot de passe oublié ?](#)
-



Internes dans le privé : encore des obstacles



© Sean Prior - Fotolia

Le nombre d'internes effectuant leur stage dans les hôpitaux et cliniques privés croît mais lentement. Les conditions de l'agrément des établissements sont très rigoureuses, d'une part, et, d'autre part, des obstacles demeurent. Pourtant, dans leur grande majorité, les jeunes médecins estiment nécessaire l'extension des terrains de stage dans les établissements privés mais aussi dans les cabinets libéraux de ville.

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

▪ [Mot de passe oublié ?](#)

Les jeunes médecins veulent des stages en libéral !

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

▪ [Mot de passe oublié ?](#)

Jean-Luc Baron : « Il faut autoriser les stages en cabinets libéraux »

Conformément au souhait des jeunes médecins, le président des Commissions Médicales d'Établissement de l'hospitalisation privée milite pour des stages partagés entre établissement privé et cabinet libéral.

La lecture est réservée à nos abonnés papier

Pour lire cet article, vous devez vous connecter

Identifiant ou adresse e-mail

Mot de passe

Se souvenir de moi

▪ [Mot de passe oublié ?](#)

Entretien : Luc Duquesnel

Président de l'Union Nationale des Omnipraticiens Français (UNOF-CSMF), Luc Duquesnel exerce en Pays-de-la-Loire où est expérimenté le dispositif de PDSA sous enveloppe contrainte. Il estime ce modèle reproductible que dans les régions où l'enveloppe dédiée à la PDSA n'a pas été réduite.

Dans son récent livre blanc sur l'organisation des urgences en France, Samu-Urgences de France estime que la création de Maisons Médicales de Garde (MMG) est une « fausse bonne idée » qui « n'a jamais fit reculer la croissance régulière du recours aux structures d'urgence ». Que vous

inspire ce jugement ?

Luc Duquesnel : Les MMG n'ont pas été créées pour cela. La réflexion, menée il y a quelques années pour améliorer les conditions de participation des médecins à la PDS, fait apparaître qu'il fallait diminuer le nombre de secteurs pour que les gardes soient moins nombreuses. Ce qui, bien évidemment, rendait les déplacements des médecins plus nombreux. C'est pour palier cet inconvénient que les Maisons Médicales des Garde ont été créées, clairement identifiées par la population. C'est ce qui permet une participation importante des médecins généralistes à la PDSA. En Mayenne, nous sommes passés de 32 à 8 secteurs de garde et la PDSA fonctionne très bien et elle est moins onéreuse qu'un passage par un service d'urgence à l'hôpital qui coûte en moyenne 270 euros par patient. Si le flux aux urgences hospitalières va croissant c'est qu'aucune régulation n'est effectuée à l'entrée des services d'urgences. Pour diminuer le recours aux urgences hospitalières, il faut que la PDSA soit bien organisée et que l'hôpital arrête de jouer « portes ouvertes ». Mais on sait bien que les services urgences ont intérêt financièrement à ce que leurs services d'urgences fonctionnent à plein rendement et qu'en outre, les urgences font vivre leurs services de spécialités. En Mayenne, à Laval, une clinique s'est vue retirer il y a deux ans son autorisation de pratiquer une activité d'urgences, il ne reste donc plus que l'hôpital : cela s'est traduit pour certains médecins libéraux par une diminution de 20 % de leur activité. On peut ajouter aussi qu'il y a une volonté du Gouvernement de ne pas diminuer les urgences hospitalières. J'en veux pour preuve le refus que nous avons essuyé de pouvoir appliquer le tiers-payant intégral pour certaines interventions en PDSA, ce qui est d'ailleurs assez cocasse de la part d'un Gouvernement qui veut nous imposer le tiers-payant généralisé.

Vous exercez en Pays-de-la-Loire, région qui expérimente depuis 2011 l'organisation de la PDSA sous enveloppe financière contrainte gérée par l'ARS, un « modèle » que Marisol Touraine veut étendre à d'autres régions qui le souhaiteraient. Estimez-vous cette généralisation souhaitable ?

L. D. : Nous sommes très satisfaits de ce dispositif, mais c'est parce que nous sommes dans une région qui, contrairement à beaucoup d'autres, n'a pas eu de diminution drastique de son enveloppe PDSA. Le problème

est de savoir de quelle enveloppe on dispose. Si demain la nôtre était diminuée de 20 %, ce modèle de PDSA explose ! Et c'est ce qui s'est passé dans nombre de régions, dans le Nord, par exemple, où le directeur de l'ARS, Jean-Yves Grall, a supprimé la tranche 0 h - 8 h, réalisant ainsi des économies sur les astreintes des libéraux pour les mettre à disposition des services d'urgences hospitaliers. Le gros problème des libéraux est que le mot d'ordre actuel est « *il faut sauver le soldat hôpital* ».

Urgences : Les chiffres clés

- **En dix ans, de 2003 à 2013, l'activité des services Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR) a augmenté de 12 % pour atteindre 763 844 interventions, dont 78 % primaires. Sur la même période, l'activité des services d'urgences a crû de 29 % pour atteindre 18,6 millions de patients accueillis en 2014.**

- **Sur une période plus courte, de 2008 à 2013, les hospitalisations en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ont enregistré une hausse de 9 % atteignant un taux d'occupation de 98 % (1 589 397 journées d'hospitalisation pour 4 443 lits).**

- **Entre 2007 et 2014, le nombre d'appels reçus par les SAMU-Centre 15 ont augmenté de 10 % pour atteindre 31 millions d'appels en 2014 et le nombre de Dossiers de Régulation Médicale a crû de 31 % (13 128 068 DRM en 2013).**

Au total, ce sont quelque 33 millions de cas médicaux pris en charge par les structures d'urgences en 2013.

Source : données SAE (Statistique Annuelle des Etablissements)

Urgences : PDSA - le « modèle » des Pays-de-la-Loire pourrait se généraliser

L'article 44 du PLFSS 2016 pérennise l'expérimentation menée en Pays-de-la-Loire depuis 2011 de l'organisation de la Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA) sous enveloppe contrainte et avalise la possibilité pour les régions qui le souhaitent d'adopter ce « modèle ».

Cette expérimentation consiste à confier à l'ARS la gestion d'une enveloppe globale de financement de la PDSA qui inclut non seulement les forfaits d'astreinte mais aussi les actes réalisés par les médecins lors des permanences. L'enveloppe régionale a été répartie entre les différents départements, les associations de médecins s'engageant à respecter l'enveloppe dans l'année et pouvant décider de ce qui va à la régulation, à l'effectation et à la rémunération des actes avec des plafonds. Chaque département est aussi libre d'élaborer son projet de permanence des soins. Par exemple, en Loire-Atlantique, celui de l'Association Départementale pour l'Organisation de la PDS comporte la création d'un pool de cinq « médecins mobiles » qui se déplacent après appel du centre 15 sur des situations identifiées (personnes ne pouvant se déplacer, besoin d'une expertise médicale, etc.). En Maine-et-Loire, le projet de l'association consiste notamment à renforcer les moyens mobilisés autour du traitement des appels téléphoniques des patients pour en améliorer la qualité et à réorganiser les gardes de médecine libérale autour de points fixes de consultations ou maisons médicale de garde.

L'objectif de l'expérimentation était double : inciter les médecins à participer davantage à la PDSA et, par une meilleure régulation, limiter les actes inutiles. Des objectifs atteints en Pays-de-la-Loire : le nombre de médecins volontaires pour la permanence des soins a augmenté de 10 %, le pourcentage d'actes régulés est passé de 75 % en 2010 à 85 % en 2014,

et les dépenses diminuent.

Ce sont 11 millions d'euros qui sont alloués annuellement par l'ARS à la PDSA pour quatre des cinq départements de la région (la Sarthe devrait intégrer prochainement le dispositif), cette somme englobant une campagne de communication à destination des usagers et la mise en place d'un système d'information commun aux médecins en cours de déploiement. L'ARS ne regrette pas cet investissement : elle a constaté une économie de 1,4 million d'euros par rapport à 2008.

Le Gouvernement juge « neutre » l'impact financier du dispositif, puisqu'il s'agit d'un transfert de l'enveloppe relative aux actes et majorations actuellement financée par le risque maladie vers le Fonds d'Intervention Régional (FIR). De quoi enthousiasmer la ministre de la Santé, qui souhaite donc promouvoir le modèle dans d'autres régions, ce que prévoit le PLFSS 2016. Une entreprise qui ne sera pas forcément couronnée de succès partout : comme le souligne Luc Duquesnel ([lire l'entretien](#)), tout dépend de la taille de l'enveloppe alloué à la PDS dans chaque région.

Entretien : Patrick Gasser

Le président de l'Union des Médecins Spécialistes (UMESPE-CSMF) juge inadéquat le système de régulation unique proposé par SAMU-Urgences de France.

SAMU-Urgences de France propose de créer des plates-formes SAMU Santé situées dans des établissements de santé qui se verraient attribuer un numéro d'appel unique national, le « 113 », et regrouperaient la régulation de tous les acteurs de la réponse à une demande de soins urgents, y compris la régulation de la « continuité des soins en médecine générale. Qu'en pensez-vous ?

Patrick Gasser. Je pense que ce n'est sûrement pas le meilleur modèle d'organisation de la PDS et je trouve même cela grotesque : à chacun son

métier et son expertise. La régulation libérale fonctionne parce que le régulateur est aussi un effecteur, qu'il connaît le terrain et sait de quoi il retourne. Ce serait une erreur grossière de laisser gérer cela par des hospitaliers qui ne connaissent rien à la médecine générale. Nous avons besoin de gens pragmatiques qui mettent en place un système efficient parce qu'ils connaissent le terrain.