

Lundi 23 avril 2012

Edito



Mesdames et Messieurs les présidents de CME,

La campagne électorale du premier tour s'est achevée, et les candidats se sont largement exprimés sur le domaine de la santé.

D'emblée il apparaît que les candidats ont fait des réponses assez floues lorsqu'ils ont été interrogés à ce propos. L'abord des relations de nos politiques avec les médecins serait-il un sujet brûlant ?

On retiendra cependant concernant les établissements et les médecins qui y exercent, que le parti socialiste dans son programme affiche clairement la volonté d'un retour à une « hospitalo-préférence » au dépend du secteur privé.

Qu'en sera-t-il alors, des quelques bonnes idées de la loi HPST sur la volonté de décloisonner les secteurs hospitaliers, si la T2A n'est pas appliquée à terme de façon égalitaire, ou si les missions de service public étaient plus encore réservées à l'hôpital public.

A un moment où les regards sont tournés vers nos voisins allemands dont les caisses d'assurance maladie affichent un excédent il est intéressant de consulter la [note de benchmarking N°10 de l'institut Thomas More](#) où il est écrit « *Chaque Français dépense pour l'hôpital 409 euros de plus que son voisin d'outre-Rhin (1 229 euros contre 819), soit au total un surcroît de dépenses de 26,4 milliards d'euros. Cela n'est pas le fait du hasard, mais le fruit de plus de lucidité et de courage outre-Rhin, où l'on a mis en œuvre des réformes visant à l'alignement des tarifs de remboursement des actes effectués dans les hôpitaux publics sur ceux effectués dans les hôpitaux privés. Cette réforme a été achevée en 2009. Elle n'est toujours pas faite en France.*

Quelques soient les résultats au soir du 06 mai, la CNPCMEHP continuera à défendre l'organisation collective des praticiens exerçant dans les établissements privés, et plus que jamais à être force de proposition. Les médecins exerçant dans les établissements privés ne se contenteront pas d'être la variable d'ajustement d'un système de santé qui n'aurait à leur proposer que de s'adapter aux décisions prises en faveur de l'hôpital public.

Dr Jean Luc BARON

Président de la CNPCMEHP



- La campagne bat son plein. La problématique de la santé a finalement été peu abordée. Est-ce par ce que des réformes ont déjà été faites, que les outils sont en place, et qu'elle ne justifie plus que des ajustements et des adaptations ?
- « Je réformerais la tarification pour mettre fin à l'assimilation de l'hôpital avec les établissements privés. » propose le programme du candidat du PS, qui par idéologie, prône l'hospitalo-centrisme. Pourtant les chiffres montrent que les hôpitaux bien gérés vont financièrement mieux. Est-ce le moment de casser cette dynamique, rétablir un cloisonnement entre les statuts des établissements, et sacrifier le secteur privé ?
- On assiste à un bras de fer entre les représentations syndicales des établissements, la FHF qui propose d'organiser la médecine libérale, la FHP qui veut reprendre la gestion des hôpitaux publics en difficulté. La prise en compte des médecins est totalement occultée. Est-ce à dire que les médecins sont totalement exclus de la conduite de la gestion des établissements, et n'est-ce pas là un effet pervers de la loi HPST ?
- Concernant la rémunération des médecins libéraux, on ne peut que constater que l'on est au bout d'un système, et qu'il faut être innovant. Comme toujours on avance par petite touche (un peu de paiement à la performance, un peu de paiement forfaitaire) dans une forme d'exercice très individualiste. N'est-il pas temps de passer à autre chose et de travailler à des formes d'organisation collectives des professions médicales et paramédicales plus entrepreneuriales ?

Dossier



Le projet PRADO ou retour précoce à domicile des accouchées

Ce projet qui n'est pas nouveau puisque les premières discussions datent de 2004, avec la parution de [recommandations ANAES](#), et la remise à l'honneur du projet en 2009 lors de commissions paritaires nationales avec les sages-femmes et les médecins, n'avait pas rencontré loin s'en faut l'adhésion des professionnels.

Et pourtant aujourd'hui après quelques expérimentations conduites par la CNAM avec la bénédiction de la DGOS, les CPAM sont entrées dans une phase de « marketing » comme elles en ont maintenant l'habitude, si l'on s'en réfère à ce qu'elles avaient fait pour les fameux « CAPI » auprès des médecins généralistes.

Au fond l'idée n'est pas absurde, et comme pour la chirurgie ambulatoire si les mamans sont bien sélectionnées et considérées comme éligibles à une sortie précoce, alors on peut miser sur une réussite. Les [recommandations ANAES de 2004](#) précisent bien la problématique, les expériences étrangères et le cadre de faisabilité.

L'idée n'est pas absurde s'il existe de vraies coopérations interprofessionnelles. La loi HPST le permet et [l'HAS a tous les outils pour accompagner et valider de telles coopérations](#).

Mais qu'en est-il au juste du vrai projet PRADO porté par la CNAM. Bien que se référant aux travaux de l'ANAES devenue HAS, elle invente le métier d'agent de la CPAM coordinateur. Ni plus ni moins elle installe au cœur de l'établissement « un conseiller payeur » chargé de se substituer aux professionnels pour prendre les décisions, sans toutefois en endosser la responsabilité bien entendu.

Propos tirés du modèle de présentation aux établissements diffusé dans les CPAM. « *La mise en œuvre du programme: le conseiller de l'Assurance Maladie fait la promotion du programme au sein de l'établissement auprès des patientes en post-partum physiologique, jugées éligibles par l'équipe médicale et les met en relation avec les SagesFemmesLibérales* »

Il est paradoxal qu'après avoir confié aux [CME des missions sur la gestion des risques associés aux soins](#), on les spolie de ces missions par des projets de ce type. Il est paradoxal que la validation par la HAS au travers des différentes commissions des [modèles de projets de coopérations interprofessionnelles](#) ne soit pas respectée.

On est là sur l'entière confusion entre la gestion des risques associés aux soins confiés aux CME et à la direction des établissements dans un vrai mode de gouvernance innovant et réaliste, et la gestion du risque dont le moteur est essentiellement économique.

N'inversons pas la logique : la gestion des risques qui appartient aux

professionnels, doit précéder la gestion du risque.

Ce projet PRADO n'est que le modèle des projets à venir sur la chirurgie et les soins de rééducation, voire sur la chirurgie ambulatoire. Il est essentiel qu'il soit construit d'une façon logique par et autour des professionnels avec l'aide de la HAS dans une approche médico-économique, s'il se veut pérenne.

Actualités

toutes les actus des CME



Prochaine **journée nationale de la CNPCMEHP 07 décembre 2012 à Lyon**, en partenariat avec la FHP-MCO et la FHP.

Gestion des risques associés aux soins : [le manuel HAS est en ligne](#), ainsi qu'un document mis en ligne récemment le [« 8 pages »](#) très utile pour les présidents de CME



En direct du journal

Découvrez tous les nouveaux textes et décrets

- [Décret relatif aux CME du privé](#)
- [Décret relatif à la politique du médicament](#)
- [Décret relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins en établissements de santé](#)

C.N.P.C.M.E.H.P.

© cnpcmehp.com 2012