

LA REVUE DU SYNDICAT NATIONAL DES CHIRURGIENS ORTHOPÉDISTES



RESPONSABLES DE PUBLICATION : P. PAPIN, B. LLAGONNE

RÉDACTEURS : P. PAPIN, P. DEVALLET, F. LOUBIGNAC, B. LLAGONNE

FONDATEURS: Jacques CATON

EDITORIAL



Dr Patrice Papin
secrétaire général



Dr Bernard Llagonne
Président du SNCO

EPISODE DE SOINS OU « A LA FOIRE AUX IDÉES INNOVANTES » OU ENCORE « CONCOURS LÉPINE DE LA MEILLEURE FAUSSE BONNE IDÉE »

La Caisse d'Assurance Maladie (UNCAM, ou CNAM-TS), sur mission gouvernementale, est à la recherche d'idées innovantes quant au mode de paiement des actes ; argumentant que « coopération », « efficience », « qualité » seront mieux valorisés en changeant de mode de paiement ! ... et calquant cette idée sur le modèle suédois : moins de reprises de PTH ! (Mais aussi en cherchant un peu : fermeture de 45% des lits...)

L' « épisode de soins » est en route... en anglais, ou suédois : « bundle care » ; et le choix de la PTH, emblème s'il en est de tout Orthopédiste, pas du tout innocent...

Que le paiement CCAM soit peu valorisé ne fait

SOMMAIRE

EPISODE DE SOINS OU « A LA FOIRE AUX IDÉES INNOVANTES » OU ENCORE « CONCOURS LÉPINE DE LA MEILLEURE FAUSSE BONNE IDÉE »	1
Dr B. LLAGONNE	
QUEL AVENIR POUR LES CHIRURGIENS LIBÉRAUX DANS LES GROUPE FINANCIERS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE ?	5
Dr P. DEVALLET	
FUTUR MÉDECIN	14
Dr P. PAPIN	
• SYNDICAT - ADHÉSION	16

pas de doute: la PTH était à 459,80€ en 1990 (13, 50 francs à l'époque, soit 2,07€, qui, multipliés par 220, valeur du K avant CCAM, amènent à 459,80€ en 1990 ; valeur CCAM 2017 = 459,80€ !)

Que la Caisse veuille valoriser mieux l'acte NEKA020 rend suspicieux...les récentes négociations Conventionnelles n'ayant pas laissé entendre un tel revirement...

Alors, quid ?

Juin 2017, le CNP-SOFCOT a été approché par la CNAM (financeur, sécurité sociale) et la DGOS (ministère de la Santé), afin de « réfléchir » à des modes alternatifs au paiement à l'acte, à titre expérimental, et pour « réfléchir ». Et 3 jours





après cette réunion de « réflexion », la presse médicale annonçait que l'expérimentation d'un forfait « à l'épisode de soins », intégrant tous les honoraires de tous les praticiens, l'établissement, les fabricants de matériel, et même les suites et complications jusqu'à 2 ans (à définir...), allait débiter à titre expérimental dès début 2018. On apprenait d'ailleurs que certains sites « expérimentateurs » étaient déjà choisis...

Beaucoup d'émotion, car bien sur la Chirurgie Libérale, dont le paiement à l'acte est la base, est directement visée, mais l'exercice même de notre Profession risque d'en être considérablement affecté, chacun l'a bien compris !

Outre la forme (mise en œuvre sans délai et non simple réflexion...), le fond est inconcevable en l'état des textes juridiques (avis CJE et Avocat pris) ; l'ensemble des CNP a été contacté, ainsi que l'UCDF.

Comment ne pas imaginer des sélections de patients, des refus de prise en charge de complications avérées, et en filigrane, n'est-ce pas aller vers une obligation de résultats et non plus de moyens ?... Quelle clé de répartition du forfait entre les acteurs, Directeur d'établissement inclus ? ...

Le SNCO, au sein du CNP restera vigilant et arcbouté sur les principes qui ont fait de notre Chirurgie un modèle longtemps admiré.

... affaire à suivre ... de très près !

Dr Bernard Llagonne,
Président SNCO



QUEL AVENIR POUR LES CHIRURGIENS LIBÉRAUX DANS LES GROUPES FINANCIERS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE ?

Dr P. DEVALLET

Chirurgien orthopédiste Vice président du SNCO

Ex Vice -Président de la Conférence Nationale des présidents de CME des établissements privés

Avis du SNCO :

Ce texte est un préambule et une annonce du débat qui aura lieu sur ce thème lors de la séance professionnelle du **mardi 7 novembre 2017, à partir de 14 h, au Congrès de la SOFCOT du 6 au 10 novembre, au palais des Congrès de Paris**. Une première partie sera consacrée à l'indépendance professionnelle dans les établissements de soins privés et publics.

En deuxième partie, un temps de débat sera réservé aux **contentieux actuels entre chirurgiens et les groupes financiers de clinique** (ELSAN – CAPIO – RAMSAY).

La politique de restructuration des établissements de santé privés organisée par les trois majors de l'hospitalisation privée en France (RAMSAY-Générale de santé= **RGDS / ELSAN**-Medipartenaires/**CAPIO**) est en passe de modifier en profondeur l'exercice chirurgical et le recrutement de chirurgiens spécialisés et compétents, dans les territoires de santé.

Ces groupes, qui représentent environ 50% du parc hospitalier privé français MCO, sont des sociétés financières à fonds d'investissements étrangers, et ont exclu toute participation des médecins au capital et au contrôle de ces sociétés. Leur politique est axée sur leur croissance externe, y compris à l'international pour ELSAN et RGDS. Ils tendent à former un véritable cartel.¹

Ils ont comme objectif affiché de faire une vraie concurrence au secteur public français, en créant un secteur hospitalier basé sur une stratégie industrielle relevant ouvertement d'une économie de marché mondialisée, sur la performance financière, avec un fonctionnement interne d'entreprise internationale, et une ambition de secteur « intégré » prévoyant jusqu'à la formation scientifique et technique initiale et continue de tous



source: Mutualité française GHMF ghmf.org/wp-content/uploads/Fiche-thématique-Groupes-privés-2016.pdf

¹Entente réalisée entre des entreprises juridiquement indépendantes d'un même secteur d'activité, afin de limiter la concurrence en s'accordant sur les prix et le partage du marché. (WIKIPEDIA)

ses « agents », ainsi que des pôles de recherche dite scientifique, qui s'appuie sur le développement du numérique et de « l'innovation » technique.

Encouragés dans cette démarche depuis au moins deux quinquennats présidentiels, par une administration hospitalière centrale et une doxa politique qui, depuis la loi HPST, avait délibérément décidé de faire de la réduction des dépenses hospitalières une priorité absolue, coûte que coûte au sens premier de l'expression, les dirigeants de ces entreprises ont entrepris une mise à l'écart de toute forme de gouvernance médicale, dans l'intérêt exclusif de leurs entreprises et de leurs actionnaires.

Si leur communication externe se veut rassurante sur la qualité des soins et la participation des médecins à cette politique, la réalité de terrain est bien différente et suscite de plus en plus de réactions et de contentieux à travers tout le pays.

Quand Jérôme NOUZAREDE, président d'ELSAN, exprime² que les réductions tarifaires ont un impact sur les relations médecins-cliniques, et qu'il fait appel au sens du « collectif », il occulte le fait qu'il s'agit de préserver avant tout le bénéfice de ses actionnaires.

Profitant du monopole recherché dans certaines villes moyennes et certains départements entiers, et soumis aux réductions de ressources par l'Assurance maladie, les « majors » poursuivent et intensifient leur mise en coupe réglée des médecins exerçant dans leurs établissements, profitant d'une ambiguïté de la situation sociale de ceux-ci.

Initialement (et toujours actuellement juridiquement), les médecins des cliniques privées sont des **professionnels indépendants**, libres de leur organisation et ayant des revenus en « honoraires » légalement séparés du financement de la structure de soins. Cette indépendance vis à vis du pouvoir économique et gestionnaire, qui est un **devoir déontologique** et légal vis à vis du patient (*et non un droit du médecin*), et théoriquement valable également dans

le secteur public, a permis à des générations de médecins et de chirurgiens, de présenter une offre de soins libre au choix des patients, liberté encore inscrite dans la loi et le code de la santé publique.³

Article 5 du code de déontologie (article R.4127-5 du code de la santé publique) :

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Commentaire de l'Ordre : Cette indépendance est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé seulement par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, avec, comme seul objectif, l'intérêt du patient.

Contrairement à d'autres types d'établissements tout aussi privés à but dit « lucratif », mais gérés sur le principe d'une certaine éthique de soins inhérente à la qualité de médecins de leurs propriétaires, qui peuvent être sanctionnés en cas de son non-respect, le cartel des majors a définitivement enterré le contrôle de leurs outils de travail par les médecins, et en particulier du bloc par les chirurgiens.

De fait, et de façon transparente dans tous les écrits diffusés à la fois par les tutelles administratives et les outils de propagande internes et externes de ces entreprises, les chirurgiens libéraux sont considérés tacitement par l'ensemble des gestionnaires de santé

² Le Quotidien du Médecin du 11-09-2017,

³ Article L1110-8 du Code de la santé publique Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175 Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

comme du « personnel médical » de l'établissement, et à ce titre soumis aux stratégies commerciales et financières de « l'entreprise ». Les dirigeants de ces majors, une fois acquise l'entreprise, parlent ouvertement et sans aucune gêne d'applications de principes de management des entreprises commerciales aux « médecins de leurs établissements », voire à leurs **médecins...**

Les médecins libéraux d'établissements privés sont ainsi apparentés, de fait et non de droit, à des « praticiens hospitaliers privés contractuels », sans tenir compte du fait qu'ils n'ont aucun statut comme en fonction publique, et ne relèvent pas non plus du droit du travail, comme des salariés classiques... Tous les risques socio- professionnels des professions libérales, sans la protection sociale d'un droit du travail... Un déclasserment progressif, une prolétarisation organisée, une paupérisation volontaire par transfert du pouvoir gestionnaire, bref une révolution sanitaire très comparable à la révolution industrielle du XIX^e siècle, avec l'application de théories, pourtant désormais obsolètes dans bon nombre d'entreprises du XXI^e siècle comme le taylorisme.

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

(division-partition du travail dans un but d'efficacité)...en préférant la standardisation à la personnalisation trop coûteuse de l'artisanat...

En clinique privée, les médecins sont liés à la

structure par des contrats d'exercice libéraux qui ont toujours été conçus – et leur principe de base par l'Ordre des Médecins - comme des conventions chargées de préserver l'indépendance respective des parties, dans l'intérêt prioritaire des patients, et, de façon expressément exprimée, exemptes de toute recherche de rentabilité financière qui serait contraire à la qualité des soins.⁴

Or cette rentabilité est justement ce qui est imposé, par contrainte ou chantage, à l'ensemble des médecins des établissements privés du cartel des majors.

Il y a un fossé profond entre les stratégies des établissements privés dirigés par des médecins qui en sont propriétaires de façon collective (établissements de moins en moins nombreux...), dont l'établissement est avant tout l'outil de travail, et non un patrimoine, et qui vivent de leurs honoraires et non de leurs dividendes, et le cartel des majors, qui impose une politique néo-libérale d'économie de marché, et gère leurs établissements comme une chaîne de production et de grande distribution de biens de consommation.

Au sein de ces établissements, les directeurs agissent avant tout comme des « cost-killers », chargés d'économiser sur tous les postes budgétaires, et en particulier sur le principal poste de dépense, la masse salariale. Mais toutes les sources de revenus annexes par transfert de charges, y compris celles qui sont en marge de la légalité, voire clairement non réglementaires, sont passées au crible : les médecins, dont le temps de travail n'est pas défini, ce qui permet toutes les dérives de gaspillage et d'utilisation à des tâches non rentables pour

⁴ Un médecin ne peut accepter un contrat qui comporte une clause portant atteinte à son indépendance professionnelle ou à la qualité des soins, notamment si cette clause fait dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères de rendement. (Code de déontologie médicale, article 83 (article R.4127-83 du CSP)

l'établissement, et les usagers de la structure, qui se veut de plus en plus « incontournable » pour des clientèles qu'on sait rendre captives...

Ceci se traduit par une politique de gestion des lits d'hébergement (en fait une politique d'économie du temps de travail « non efficient », c'est à dire non producteur de plus-value), qui se traduit pas des fermetures de services à l'improviste, pour insuffisance même circonstancielle de « remplissage », avec transfert des patients restant dans une répartition aléatoire dans des services, où ils seront pris en charge par un personnel souvent totalement ignorant des soins spécialisés demandés, voire simplement intérimaire, appelé in extremis pour compenser un absentéisme de plus en plus fréquent du personnel habituel, dégoûté par un profond mépris affiché par les managers pour leur compétence individuelle... Les équipes homogènes et soudées, louées comme porteuses de qualité, ne sont plus qu'un lointain souvenir...les services sont polyvalents, et chaque jour amène son lot de têtes nouvelles...

Dans cette stratégie en effet, qui joue sur l'absence de réglementation, « un lit est un lit » et une IDE vaut une autre IDE, dans une volontaire polyvalence des tâches et des services techniques, catastrophique et source d'erreurs parfois létales pour les patients. Dans la même logique, il est imposé une cohabitation forcée de patients présentant des infections ouvertes, avec des patients porteurs de prothèses dans le même service, profitant de l'absence de réglementation spécifique (mais non pas d'arguments professionnels), tout en prétendant faire de la prévention des infections croisées par développement de l'ambulatorio ...cherchez l'erreur !

Mais la réglementation est respectée de façon formelle, avec une logique très administrative qui relève de la formule bien connue: « **le patient est mort, mais il est mort réglementairement guéri,**

puisque la procédure a été respectée... ». Les visites de certification, qui ne voient que le maquillage préalable des situations, sont souvent de belles mascarades....

Les alertes des médecins sur les évènements indésirables survenus, pas toujours déclarés et souvent compensés in extremis par une surveillance médicale de plus en plus inquiète, sont passées à la trappe...

Les plaintes des patients sur les taxes administratives (« frais de dossier ») (environ 10€ à chaque entrée) imposées dans ces majors sont minimisées ou pseudo-justifiées par des arguties juridiques, malgré les « rappels à la loi » de la part de l'Assurance Maladie...mais qui n'a pas encore pu faire abolir ces pratiques... Les plaintes des patients sont en augmentation exponentielle, relayées par les médecins correspondants, qui voient peu à peu se transformer leur accès libre à des praticiens connus et choisis sur leur réputation personnelle en une masse globale de clients captifs du fait des plans sanitaires régionaux, et de l'ARS qui ne veut avoir comme interlocuteurs que des dirigeants gestionnaires respectant leurs engagements financiers, à défaut de ceux sur la qualité...

Les médecins et surtout les **chirurgiens** (car complètement dépendants de leur outil de travail principal et incontournable qu'est le bloc opératoire) sont les deuxièmes victimes dans ce système, après les patients, des effets collatéraux de cette politique.

L'intérêt de ce système (en terme de gain pour l'établissement) est que le temps d'activité du médecin doit se calquer sur le temps rentable d'activité du personnel salarié de la clinique, et non l'inverse... or le temps « non actif » d'un chirurgien impute son activité propre globale (consultations, visites, communication avec les patients, formation, récupération, gestion de sa propre entreprise) qui perd en efficience et en qualité. Il s'agit donc clairement d'un transfert de

charges aux dépens du médecin, d'une subordination dévolue aux seuls intérêts économiques de l'établissement, tout en laissant par ailleurs aux praticiens toutes leurs contraintes de libres entrepreneurs. Le beurre et l'argent du beurre pour les gestionnaires...

La « gouvernance partagée » entre médecins et gestionnaires (le « sens du collectif » selon le PDG d'ELSAN) n'est plus qu'un alibi commode et hypocrite, argument de communication que maîtrise parfaitement le secteur commercial. « **On ne peut rien faire sans ou contre les médecins** » est une formule de propagande démagogique, qui dissimule très mal la réalité de la subordination organisée des médecins par les gestionnaires. Dépendants de leur outil de travail principal et central, le bloc opératoire, qui concentre une bonne partie du personnel paramédical technique, les chirurgiens prennent de plein fouet la politique de « cost-killing » des établissements (banalisée sous le terme « d'optimisation des coûts »), qui ne se base que sur une maîtrise des critères quantifiables de dépenses : temps d'occupation des salles, nombre « d'équivalents temps plein » employés ...dont le personnel du bloc opératoire, qui est une ligne budgétaire majeure d'emplois.

A 50.000€ minimum TTC le coût annuel d'une IDE de salle d'opération, tout transfert de salaire sur un chirurgien est une stratégie payante...

Jouant d'une interprétation unilatérale, partielle et partielle, de textes juridiques concernant les charges contractuelles du chirurgien à propos du personnel mis à sa disposition, mais aussi des prestations administratives incluses dans les tarifs forfaitaires payés aux établissements par les caisses d'assurance-maladie, les dirigeants des majors ont entrepris une stratégie de chantage et d'imposition de charges indues aux chirurgiens, en profitant de leur ignorance profonde du droit privé, de leur absence de protection sociale par un code du travail, et d'un

désintérêt méfiant des médecins eux-mêmes vis à vis de toute action « syndicale », dans un réflexe pavlovien de classe sociale totalement décalé, et dont jouent avec habileté les dirigeants pour masquer leur volonté d'assimilation des médecins à des cadres soumis et désorganisés.

La question de la « redevance », de son montant et de son contenu, n'est que le facteur le plus facilement quantifiable, donc le plus « médiatique », voire symbolique, des relations médecins /cliniques.

Il est donc devenu un enjeu majeur, surtout pour les chirurgiens du fait de l'ambiguïté de la rédaction d'un article du « contrat modèle du conseil de l'Ordre », repris dans le code de déontologie, et donc dans le Code de la santé publique, qui **permet (et non impose)** à un chirurgien d'employer un personnel d'aide opératoire qu'il a choisi, qui lui est attaché personnellement et dont il est responsable. Et il s'agit effectivement d'une possibilité qui reste légale, et même légitime dans la mesure où cela permet un confort supplémentaire au chirurgien, un gain de temps pour l'intervention, et une délégation de certains actes accessoires chirurgicaux (fermeture, aspiration, drainage, installation), du fait de la confiance établie entre le chirurgien et son aide personnel, qu'il a choisi et formé.

Or pour un établissement où exercent par exemple 20 chirurgiens, le transfert des charges d'une seule aide opératoire par chirurgien sur les praticiens, représente une économie d'au moins 1 million d'euros....ce n'est pas négligeable.

Cependant, les chirurgiens, de plus en plus dépendants des assurances publique ou privées (Mutuelles, assurances complémentaires), ne pourront plus répercuter sur les patients cet éventuel supplément de charge, qui leur est spécifique (comme la responsabilité civile très élevée), en augmentant leurs honoraires à l'acte, ceux-ci étant de plus en plus encadrés et limités, du fait d'une

volonté politique qui a trouvé son apogée démagogique dans la dernière « loi de modernisation du système de santé ».

Par ailleurs, l'augmentation sans cesse réclamée – et obtenue – de la qualification des personnels aides- opératoires, pour des raisons d'alignement sur les dogmes bureaucratiques et les pressions syndicales de l'hôpital public, (où le titre tient souvent lieu de compétence, et la nomination à l'ancienneté, de réelle expérience), a réduit de plus en plus la liberté de choix du chirurgien.

En effet, « autrefois » (du temps de l'écriture de l'article ambigu du code de déontologie) le chirurgien (modèle parisien qui devient rare) travaillant sur plusieurs établissements, employait n'importe qui pourvu qu'il (elle) soit dévoué(e) et intelligent(e) , et si possible pas trop cher(ère), comme un(e) de ses proches...Quelques-unes de ces aides, non IDE, ont pu légalement, en 2002, Valider les Acquis de leur Expérience (VAE), selon un processus normé et contraignant, mais bien d'autres ont dû abandonner leurs fonctions, pour la plus grande satisfaction des lobbies corporatistes publics des IBODES. En 2008, la loi HPST a inversé la priorité des gouvernances gestionnaires et médicales, et le passage à la TAA à profondément modifié les critères de facturation des forfaits versés aux cliniques. Ceux-ci comprennent désormais tout le personnel et le matériel « nécessaires » aux soins prodigués au sein des établissements, ainsi qu'à leur gestion administrative...Le tarif de ces GHS avait été établi à partir d'études de comptabilité analytique, de façon identique et « à la moyenne » dans 20 établissements de secteur public et 20 de secteur privé ; ces tarifs ne faisaient de différence qu'en ce qui concernaient les honoraires des médecins libéraux, incluant en public le salaire des chirurgiens hospitaliers...et, dans tous les établissements, celui de tout le personnel y compris, de facto, les aides opératoires « nécessaires »!!!

Et les fondateurs de ce nouveau système (qui semble tout récemment remis en cause... !) ont complètement négligé , comme toutes les structures de direction et les syndicats, de veiller à mettre à jour les formulations des contrats devenus obsolètes ; les quelques avancées dans une lecture moderne des articles sur la redevance ont été seulement le fait de quelques jurisprudences survenus dans quelques conflits finalement assez rares pour ne pas encore dégager de droit positif construit, mais qui vont toutes dans le même sens : l'établissement est tenu de fournir aux médecins libéraux le personnel et le matériel nécessaire à la prise en charge des patients...

Et les dirigeants des majors se sont engouffrés dans ce flou, ces imprécisions, pour définir, à leur manière, les obligations de reversement de cette redevance, en particulier à propos des aides opératoires, mais aussi des places de parking pour les consultants des médecins, du matériel informatique qui leur sert pourtant à leur propre gestion, du mètre carré de circulation des patients consultants, du fauteuil roulant pour descendre de la voiture etc....

En 2015, deux décrets ont renforcé encore les normes de surqualification des IDE en bloc, qui, pour aider un chirurgien, en secteur public ou privé, devront acquérir une formation d'abord d'IBODES, puis de « super- IBODES », et cela avant décembre 2020....c'est à dire ..demain.

Et c'est un facteur d'inquiétude supplémentaire pour ceux des chirurgiens libéraux qui avaient toujours fait le choix, par convention tacite ou tradition locale, ou par choix personnel d'employer directement leur aide opératoire. A l'heure où ils s'aperçoivent qu'ils ne peuvent, sauf à se paupériser sévèrement, suivre l'augmentation de leurs charges au seul profit non d'une augmentation de qualité ou de service rendu, mais uniquement du pur bénéfice actionnarial, ils vont être amenés à vouloir augmenter leur volume d'activité, où à diminuer

leurs dépenses de fonctionnement propre, ce qui ne va pas manquer de poser des problèmes de qualité et de pertinence des soins. Et cette recherche de compensation, par le volume, des pertes financières à l'unité, va se heurter à la pression permanente des directions, par exemple en supprimant des vacations opératoires à des chirurgiens à moindre rendement, et/ou en les obligeant tous à ne travailler que sur une salle malgré le temps perdu - pour le chirurgien et son aide à sa charge - aux changements de malade etc...

Devant ces situations de pression économique imposées par la politique agressive des majors, quelle réactions dans leurs établissements ?

L'individualisme structurel et l'ego mal placé de bon nombre de chirurgiens, persuadés que personne ne pourra se passer de leur expertise personnelle, et vivant encore sur le mythe du médecin respecté par tous en haut d'une pyramide sociale, les poussent à se laisser conduire sur un terrain de discussions commerciales, où ils arrivent désarmés devant des puissances d'argent qui détiennent désormais tous les leviers de leurs outils de travail.

Sans compter avec le soutien discret aux établissements des tutelles publiques (ARS) qui ne veulent pas rentrer dans ce jeu qu'elles ont elles-mêmes contribué à créer.... (et qu'elles favorisent même pour établir des arguments de gestion « efficiente » vis à vis du secteur public..). Et les chirurgiens ne peuvent compter sur l'appui de beaucoup de politiques qui continuent à penser que les chirurgiens libéraux, surtout à honoraires libres, sont des nantis qui n'ont guère besoin qu'on s'apitoie sur leur sort...

Étant en principe des travailleurs indépendants non-salariés, les praticiens sont soumis à un chantage d'autant plus important qu'ils n'ont désormais quasiment plus que le « choix » de se soumettre ou de quitter l'établissement sans aucune indemnisation; ils devront pourtant changer complè-

tement de vie, de milieu social, de logement souvent dépendant d'un emprunt à long terme, remettre en cause le métier de leur conjoint, risquant de devenir ainsi des chirurgiens mercenaires, paupérisés, en quête d'un établissement qui puisse les accepter dans des conditions décentes.

Et il y a un déni complet de la plupart des chirurgiens pour avouer qu'ils sont soumis à un harcèlement professionnel qui met en péril permanent la sérénité nécessaire à la qualité de leurs soins, à la sécurité des patients...L'augmentation considérable du niveau de leur responsabilité civile personnelle depuis les années 1990 avait déjà fait évoluer les rapports chirurgien - patient à une chirurgie défensive croissante, le patient devenant une source potentielle de contentieux, de « sinistre », qui conduit les chirurgiens, non pas à rechercher le « mieux pour le patient », avec son accord bien entendu, mais à se prémunir des éventuelles retombées médico-légales d'une erreur, qu'elle soit de son fait ou d'un quelconque membre de son équipe Habitué à former à décider, à trancher, à contrôler, les chirurgiens, désarmés dans un système qu'ils ne comprennent plus, sont peu à peu conduits à un épuisement professionnel souvent nié, mais pourtant effectif...Soumis aux risques inhérents à toute entreprise libérale, mais confiants dans leur compétence, ils gardaient jusqu'à ces dernières années cependant une certaine sécurité matérielle et de visibilité sur leur avenir socio professionnel, dans des établissements dont ils avaient le contrôle à la fois moral et économique...

Dans le cartel des majors, cette époque semble révolue....

Cette insécurité structurelle croissante est déjà effective pour les chirurgiens d'établissements déclarés non rentables par les directions centrales, qui ferment de but en blanc un établissement et mettent sur le carreau, comme dans les pires épisodes encore récents d'une politique néo libérale

industrielle, des professionnels enracinés dans la vie locale, au service de haut niveau de leurs patients concitoyens....

Faudra-t-il qu'ils s'entendent dire, comme récemment, qu'au lieu de « foutre le bordel dans leur établissement », ils n'ont qu'à tout abandonner de leur cercle de vie, de leur clientèle lentement fondée sur une réputation méritée, pour aller travailler dans une autre clinique du groupe, avec un tout autre contrat, qui lui aussi prévoira d'emblée que la carrière du chirurgien dépendra exclusivement et sans appel possible de ses capacités de soumission à la stratégie du groupe.. ? Car cette politique, qui se dessine déjà de façon évidente dans les changements progressifs d'organigramme et d'organisation du temps d'activité dans les cliniques intégrées par les majors, se voit renforcée et étalée dans les termes des nouveaux contrats qu'elles proposent, et qui tendent à vouloir faire accepter contractuellement aux médecins ce qui est contraire à leur éthique, sanctionnable disciplinairement, voire parfois légalement : la dépendance volontaire, la soumission acceptée à une politique commerciale, dans le seul espoir de sauver au moins un revenu minimum...⁵

Le choix actuel des futurs chirurgiens, qui rejoignent majoritairement le secteur salarié, témoigne d'une inquiétude majeure dans la visibilité de leur avenir professionnel, sauf dans certaines cliniques de

⁵ Extrait d'un nouveau contrat proposé par un groupe financier à un futur praticien potentiel, dans une ville moyenne : D'une façon générale, les parties s'accordent à reconnaître la faculté de la Clinique de se regrouper avec d'autres établissements ou services développant une ou des activités de même nature, délocaliser l'établissement dans le même territoire sanitaire, réorganiser la répartition des activités sur des sites différents, sans que le Praticien ne puisse lui imputer la rupture du contrat, ni prétendre percevoir une indemnité compensatrice ou des dommages et intérêts, dans l'hypothèse ou la poursuite de son activité lui serait garantie sur tout nouveau site, ou dans le cadre d'un regroupement sur place.

grande métropoles où les médecins détiennent encore un pouvoir de gestion. Et le monopole agressif du cartel des majors dans certaines régions pose un problème supplémentaire, toute rébellion devant leurs diktats pouvant se traduire par des menaces de non-réintégration dans un autre établissement ...

Les « décideurs » administratifs du système de santé et de l'État connaissent parfaitement cette situation, mais y trouvent leur intérêt en espérant attirer les praticiens, jusque-là indépendants, dans des établissements publics de proximité qui survivent, pour beaucoup, par le recours à des chirurgiens sans diplôme français ni même européen, mais réputés compétents par la seule grâce de l'administration centrale, et sans même savoir parler français pour beaucoup....

Et ce système, favorisé par l'absence de responsabilité personnelle civile dans les hôpitaux publics, est en train de gagner le secteur privé à grande vitesse, mais...en gardant toutes les contraintes d'un secteur libéral chirurgical assailli par les mises en cause en responsabilité.

Le constat est donc clair : à moins d'un changement profond de politique du système de santé, la chirurgie libérale, c'est à dire exercée par des professionnels pouvant exercer pleinement leurs devoirs de responsabilité personnelle par une maîtrise de leurs moyens, est en passe de disparaître corps et bien dans les territoires de santé périphériques aux grandes métropoles, au profit d'un système industriel purement commercial dont la stratégie n'a comme objectif que le développement de ses entreprises au capital externalisé et à la direction centrale totalement indifférente à la préservation de soins de qualité à l'échelon territorial.

Et dans cette stratégie politique, les chirurgiens sont considérés comme des agents d'exécution, corvéables à merci, sommés de réaliser des actes

techniques rentables en heures et en lieu définis par les comptables des établissements, au poste éjectable et précaire après leur mission de liquidation....

Les chirurgiens et les médecins exerçant dans les groupes sont en train de s'apercevoir de la précarité croissante de leurs situations et de la politique oppressante et méprisante à leur égard des directions des groupes et commencent à réagir, mais de façon désordonnée et en « amateurs »....

Y à t-il un quelconque espoir d'arriver à des relations équilibrées par un dialogue constructif entre parties de bonne volonté ?

L'attitude agressive des groupes devant toute résistance à leur volonté de subordination des médecins, leur volonté de transformer durablement le système de santé, et l'échec programmé – par eux – des tentatives de conciliation de points de vue très opposés lors de discussions de plusieurs années déjà dans le cadre du CLAHP, offre peu d'espoir d'accords consensuels....

Seuls les pouvoirs publics, en réaffirmant et en imposant à toutes les parties la notion que la chirurgie et la médecine de soins ne peuvent s'envisager comme des activités soumises seulement à l'économie de marché dans une logique d'entreprise, pourront inverser cette tendance catastrophique pour une médecine et une chirurgie dans l'intérêt d'abord des patients et des soignants, et de la santé publique, qu'elles soient exercées comme professionnels indépendants ou dans le cadre des missions de service public... système bicéphale qui a fait pendant des décennies la force du modèle français de la qualité chirurgicale.

Ceci nécessitera certainement aussi une révision de l'exercice professionnel chirurgical en clinique : les établissements privés qui continuent à être gérés par des médecins ont su évoluer dans leur gouvernance, avec souvent une remise en cause de certains pouvoirs de praticiens qui confondaient

caprices de stars avec décisions rationnelles, personnalisation du soin avec égoïsme affiché, travail en équipe avec harcèlement moral, liberté d'honoraires avec exploitation de la souffrance, établissement et vache à lait pour leurs seuls intérêts, sérénité et qualité des soins avec gaspillage et déficit....

Mais ces établissements, tout en tenant compte des contraintes économiques qui sont imposées à toute une nation à la démographie et en espérance de vie « confortable » en pleine croissance permanente, ont su aussi garder les valeurs fondamentales de la Médecine qui transcendent les secteurs d'exercice, public ou privé...

La médecine et la chirurgie ne peuvent être exercées comme un commerce, les établissements ne sont pas elles-mêmes des entreprises soignantes, mais des prestataires de moyens d'hébergement « lourd » et des plateaux techniques pour les seuls ordonnateurs de soins que sont les médecins, et les chirurgiens, qui doivent retrouver la maîtrise de ces moyens, tout en devant rendre des comptes transparents sur leur prise en charge.

En scoop de dernière minute, notre nouvelle Ministre de la Santé, médecin issu du secteur public elle-même, semble vouloir rompre avec cette politique du « tout entreprise » pour les hôpitaux

Comment pourrait-il en être autrement alors dans un système hospitalier privé, qui est indispensable actuellement à la survie du système de santé français ?

Un espoir pour un changement radical dans les relations chirurgiens/ clinique dans les groupes des majors ?

A suivre.....

FUTUR MÉDECIN

P. Papin

Secrétaire SNCO

L'exercice de la profession de médecin, lié au développement des corporatismes de la fin du XIX^{ème} des sociétés industrielles est de plus en plus contesté comme pivot du système de soins. Le cabinet du médecin n'avait que peu évolué au XX^{ème} siècle. La médecine était un art et une science.

L'émergence des sociétés post industrielle, puis de la société numérique a remis en cause cette démocratie sanitaire, étatique, nationale, garantissant au patient citoyen, par le médecin, une éthique et le secret du confessionnal. En en peu plus d'un siècle, la recherche médicale a permis et continue par ses progrès à améliorer la qualité de vie des patients, la durée de vie étant plus influencée par les révolutions techniques dans l'agriculture, le transport, la chimie. La démocratie participative s'est rapidement transformé en une démocratie numérique, l'Etat, le sénat remplacée par les géants du net et les actionnaires.

Alors que la révolution numérique a redéfini les systèmes de redistribution des biens et du savoir, comme la compagnie des Indes en son temps ou la route de la soie, le médecin reste figé perdu devant les demandes de standardisation post industriels de payeurs de soins, au moins cher, qui souhaitent malgré tout que le chirurgien reste responsable de la qualité des soins, au moins transitoirement.

En même temps, la crainte des états européens est de consacrer 14% de leur PIB à la santé (11% en France actuellement), si rien ne change, dans la distribution et la modalité d'élaboration des soins du fait du vieillissement de la population et la demande d'autonomie des citoyens. Il faut donc, en utilisant pertinence et efficience trouver les moyens

de proposer d'autres modes de prise en charge moins couteuses.

Comme souvent, les révolutions techniques sont utilisées en ne prenant que le bon coté pour les créateurs-payeurs, laissant le simple médecin se débrouiller avec les mauvais cotés.

L'exemple de l'ambulatoire est à citer : comment comparer des pays qui n'ont pas la même définition de l'ambulatoire : le patient marche et c'est du soin externe mais il faut une facturation pour les établissements de santé donc l'ambulatoire est de la chirurgie de jour de moins de 12 heures (questions d'équipes). La chirurgie de jour est souvent de moins de 24 heures dans les pays comparables. Alors l'Etat pour une autre facturation pour les établissements permet la création des hôtels. Economie ? Faut il réduire l'accès en créant comme dans les pays références des lites d'attente (statistiquement supprimée grâce à l'autocensure développée dans la suite)

Puis comment faire une prise en charge en ville alors que l'on cherche les médecins spécialistes omnipraticiens : confier à des non médecins, puis à un site internet qui notera tout sans que le patient s'en aperçoive ? Aux objets connectés (coût?) Du médecin généraliste du XXI^{ème} siècle, corvéable à merci, à l'infirmière d'aujourd'hui, est-ce une prise en charge comparable ? Ne prend-on pas comme référence des pratiques médicales ou paramédicales (le mot devant disparaître logiquement) n'existant plus ou alors seulement dans certaines villes ?

Le périmètre est aussi variable : si l'on inclut tous les actes techniques dont la dermatologie, il sera

plus facile d'atteindre les objectifs. Toutes les campagnes de presse sur l'ambulatoire et ses bienfaits conditionnent le patient. Est-ce que le patient a vu que son assureur ne rembourse pas grand chose s'il n'a pas eu deux nuits d'hospitalisation ? pas de communication sur le sujet.

Les changements sociétaux font que l'exercice individuel de la prise en charge d'un patient est contesté et les jeunes médecins souhaitent une médecine collaborative qui est déjà mise à mal par la médecine connectée.

Le thème récurrent au fond est que le médecin ne peut être le seul à décider des soins. Mais qui est responsable ? Des Etats dits exemplaires ont choisi la méthode purement comptable sous couvert bien sûr d'un discours rassurant. Les statistiques seront triturées pour l'illusion de l'action réalisée. Les sanctions du délit statistique tombent pour les uns et l'auto censure fait le reste pour les autres..

Des pays ont fait le saut vers des hôpitaux numériques

Lorsque les machines étaient mécaniques, l'industriel local possédait l'outil. Avec des machines connectées, c'est bien le concepteur de la carte numérique, du logiciel qui dirige la machine.



EDITIONS DYK :
12 avenue du 8 mai 1945
95200 sarcelles

Tél : 06 20 59 55 86 - 01 39 91 87 88
e-mail : dykeditons@gmail.com

Directeur de la publication : Yves CHEMAMA