



Conférence des Présidents & des Directeurs d'Associations de Dialyse

Compte rendu de l'Assemblée Générale de la Conférence des Présidents et des Directeurs d'Associations de Dialyse du vendredi 23 octobre 2009 à Paris (MEDITEL):

Étaient présents : Dr S. LAVAUD - Dr JL. AUBLET CUVELIER - M. R FAITOT - Pr F. MIGNON - M. JP. DUBOIS - M. R COPOLA - Pr D. PATTE / Dr D.PICAUD - Dr R. FRAYSSINET

8 présidents (tes)

Mr M.BAABOUCHE - Mme N. WAUQUIER - Mr S. DILLIES - Mr H. LEROY - Mme E. OLHAGARAY - Mr B.BAYLE - Mme H.TACHE -- Dr C. BRIAT - Mr R. VIGNOLI - Mme A. ETTORI - Mr Th. WALRAVE - Dr W. ARKOUCHE - Mme N. VIEL - Mme MR GRAS - Dr F.COULOMB - Mme H. CLEMENT - Mme B. PERET

16 directeurs (trices)

Soit 18 associations représentées sur 27

Excusés (ées): Mr L.BENHAIM- Mr P. SCHAAL - Mr P.ROLLAND - Mme T. NGUYEN - Mme AV BOULET - Mr Y. DUVAL - Mr F.VALLET - Mme OLTRA GAY - Dr A. CAILLETTE BEAUDOUIN - Pr H.NIVET - Pr Y. BERLAND - Pr B. CANAUD - Pr JC. ALDIGIER - Dr R. COPOLA - Pr M. LABEEUW -

Ordre du jour :

- 9h45 : Accueil des participants
- 10h : Approbation du compte rendu de la séance du 17.12.2008
- 10h10 : Point sur les sujets d'actualités du secteur de la dialyse défendus par la FEHAP
Intervention de Mr David CAUSSE- Directeur du Secteur Sanitaire à la FEHAP
- 11 h : Echange avec la salle
- 11h45 : Appel à candidature pour le renouvellement du Conseil d'Administration de la Conférence

- 12h : Repas au restaurant l'AVEL (en face du MEDITEL)
- 14 h : Incidence de la loi HPST pour les associations de dialyse (Maître Maxence CORMIER)
- 15 h : Discussion avec la salle
- 15h30 : Questions diverses...

Le Président ouvre la séance à 10h et souhaite la bienvenue aux membres de la Conférence.

Il propose de passer au premier point de l'ordre du jour.

Dr Raymond FRAYSSINET

Je remercie les membres présents de s'être déplacés pour cette Assemblée Générale.

Quelques points vont être rajoutés à l'ordre du jour. Nous allons peut-être parler des prémices de l'enquête REIN, dire un mot sur l'hémo-filtration en ligne qu'il convient peut-être d'encourager. On parle partout de la pandémie grippale : quelle est l'attitude que l'on peut avoir à ce sujet ? Un petit mot sur le site internet avant de passer la parole à Monsieur CAUSSE de la FEHAP qui va nous parler de soucis financiers face au projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Ensuite, le point sur le renouvellement du Conseil d'Administration qui est arrivé à son terme sera à reporter.

Je passe la parole à Thierry WALRAVE pour présenter le compte rendu de la séance du 17 décembre dernier.

M. Thierry WALRAVE

Le compte rendu a été envoyé à tout le monde il y a déjà un petit moment. Il manquait dans ce compte rendu l'intervention de Maxence Cormier qui nous avait parlé du projet de loi HPST. Cet après-midi, il vient nous parler de la loi HPST qui a été adoptée récemment et nous pourrions avoir son avis sur les conséquences de cette loi pour nos établissements.

S'il n'y a pas d'observations, je pense que nous pouvons adopter le compte rendu.

Dr Raymond FRAYSSINET

Le compte rendu de la séance du 17 décembre 2008 est donc adopté à l'unanimité.

Je pense qu'il est peut être utile de rajouter au programme les premières conclusions de l'enquête REIN arrêtée à fin 2007 qui nous a été présentée par Cécile COUCHOU. Je ne vais pas rentrer dans le détail de toute la présentation mais voir les principales données qui influenceront sur notre activité.

Tout d'abord, globalement, l'enquête montre qu'il y a une très grande hétérogénéité de la prise en charge pour deux raisons principales : lorsque les départements comptent de petites communes avec un habitat disséminé et notamment lorsque les trajets ont une durée de plus de 45 min, ces régions-là sont défavorisées et révèlent une diminution du nombre de patients pris en charge et bien entendu, suivant également la densité de médecins néphrologues, la densité des gens de plus de 85 ans et la précarisation de la population, qui rendent aussi la prise en charge en dialyse plus défavorable.

Malgré souvent l'autosatisfaction du système de santé des français ou de l'administration du système de santé français, il y a une inégalité de la prise en charge, une inégalité dans l'accès aux soins.

Je pense que nos associations avec le maillage très serré qu'elles opèrent, avec les soins de proximité, ont un rôle à jouer.

Pour ce qui est des éléments un peu plus médicaux, et l'évolution de cette population, bien entendu on voit se dessiner la même tendance de l'augmentation des personnes âgées et de l'augmentation du nombre d'hommes par rapport aux femmes. Il y a à peu près 60 % d'hommes pour 40 % de femmes. Cet écart s'accroît lorsqu'on prend en charge les personnes plus âgées.

En décembre 2007, nous avons : **31 000 malades en dialyse et 25 000 porteurs de greffon.**

Augmentation de l'âge donc et augmentation du diabète puisqu'il y a à peu près **28 % de diabétiques** pris en charge.

Augmentation de la prévalence de 4 % par an malgré un certain fléchissement avec une forte prédominance surtout due à l'augmentation de la prise en charge des gens âgés de plus de 75 ans et de plus de 85 ans. La population inférieure à 75 ans et les jeunes donnent une courbe stable.

La répartition par hémodialyse (fin 2007) :

- Centre lourd : 65 %,
- UDM : 8 %,
- Auto-dialyse comprenant l'entraînement : 26 %,
- L'hémodialyse à domicile : 1 %.

La DP représente 7,4 % de malades avec une très grande hétérogénéité suivant les régions qui va de 2 à 18 %.

La répartition entre dialyse péritonéale continue/ambulatoire et DPA, c'est la DPCA qui est plus importante chez les personnes âgées et la DPA chez les jeunes.

Sur la répartition, nous voyons deux pics – constatés depuis longtemps – pour les malades en DP, chez les jeunes ou les très âgés alors que l'âge moyen semble plutôt orienté vers l'hémodialyse.

Il y a une plus grande proportion d'hommes dans les incidences, c'est-à-dire les nouveaux malades admis en dialyse. Cette proportion s'accroît et augmente avec l'âge.

De façon concomitante avec la prise en charge des personnes âgées, on voit se dessiner une augmentation des comorbidités : le nombre des malades atteints de plusieurs pathologies augmente considérablement, tout d'abord avec les pathologies cardiovasculaires qui viennent au premier rang mais également les facteurs nutritionnels et les handicaps divers comme la gêne à la mobilité, l'hémiplégie, la cécité, les troubles du comportement.

Ce qui est intéressant contrairement à une vision que nous pouvions avoir sur la prise en charge des personnes très âgées en observe qu'il y a quand même des avantages substantiels dans la courbe de survie à dialyser des gens âgés, notamment ceux de plus de 85 ans. C'est très important parce que cela fait partie des soucis que nous avons : à partir de tel âge ne vaut-il pas mieux un traitement conservateur ? Cette enquête semble montrer l'utilité de la dialyse.

Au total le nombre de patients en insuffisance rénale chronique terminale traitée devrait continuer à progresser, même s'il y a un tassement de la courbe, pendant encore quelques années.

Je soumetts cela à vos commentaires.

Discussion avec l'Assemblée :

- Ce qui serait intéressant, en prévalence, puisqu'en 2007 il est annoncé 4 % sur les chiffres du REIN, c'est qu'associations et FEHAP, soient en état de voir - dès que nous aurons le rapport 2008 - si ce tassement en 2008 que l'on constate dans nos structures est un tassement simplement « associatif » ou un tassement plus général.

C'est vrai qu'à titre comparatif les chiffres de 2008 seront intéressants.

- Nous sommes le seul opérateur dans notre département et nous avons une croissance de 5,5 % par an depuis trente ans. Nous n'avons jamais constaté de fléchissement, alors qu'au niveau FEHAP en 2008, nous avons constaté une activité qui stagne.

Dr Raymond FRAYSSINET

C'est pour l'hémodialyse. UDM à 8,2 % c'est l'enquête REIN fin 2007.

Discussion avec l'Assemblée :

- Ma réflexion, c'est que le nombre de patients d'UDM progresse semble-t-il beaucoup plus que ça ! Je suis étonné de ce chiffre de 8 %.
- Ils seront totalement différents sur 2008 et 2009.

Dr Raymond FRAYSSINET

Oui, je pense que cela change beaucoup. Lors de nos réunions à la DHOS, il y a eu toute une présentation sur les progrès de l'UDM mais en fait la plupart n'avait pas encore ouvert à cause notamment de difficultés budgétaires, d'éloignement, de néphrologues sur place, etc. Il y a eu un frein mais maintenant l'UDM se développe, mais souvent accolée au centre.

Cela fait partie aussi à mon avis des effets pervers des décrets septembre 2002. Pour moi l'UDM n'a pas à être accolée à un centre. C'est une structure intermédiaire qui doit remplir un rôle de proximité et certes pas comme le domicile ou l'UAD mais intermédiaire.

Discussion avec l'Assemblée :

Je suis tout à fait d'accord. Les UDM sont près des centres, pour des raisons tarifaires. Le problème est de savoir s'il va y avoir un tarif unique comme on nous en parle de plus en plus et à ce moment-là que le malade soit en UDM ou en centre, ce sera pareil ; Et dans ce cas les UDM qui auront fait le bon choix seront celles qui se seront accolées aux centres de dialyse. C'est absolument certain !

Alors que les UDM éloignées qui elles rendent des services de proximité malades, seront en difficulté.

En ce qui concerne l'incidence, je suis absolument persuadée qu'elle stagne et qu'elle va baisser.

Dr Raymond FRAYSSINET

Il y a certainement des cas particuliers. Il faut se pencher sur chaque cas particulier pour voir si on doit être conservateur ou pas. C'est évident !

C'était quand même une statistique. Je donnais un point de vue global qui montre que quand même un grand nombre peut en bénéficier. Après, il faut voir effectivement la qualité de vie.

Discussion avec l'Assemblée :

- ✿ Il faut quand même reconnaître que nous sommes complètement paralysés depuis 2002 parce que les décrets étaient posés dans des cadres, un peu rigides à mon sens, mais il avait été promis que ces cadres seraient suivis de décrets qui permettraient effectivement de donner à ces malades que l'on dialyse la possibilité de vivre dans des conditions décentes.
- ✿ Nous n'avons toujours pas réglé le problème de l'accès facile au moyen séjour et à la maison de retraite. Nous sommes toujours au point 0. Cela fait sept ans que ça dure !
- ✿ Je suis quand même très inquiète le sort des associations car si on ne fait rien pour trouver d'autres orientations, on disparaîtra ! Et il faudra faire des économies, non pas pour se diversifier, mais pour payer les indemnités de licenciement du personnel des structures que nous devront fermer.

Et ce sera crucial dans les grosses associations pour le personnel technique et administratif qui aura plus de difficultés à retrouver un emploi que le personnel médical et para médical.

M. Thierry WALRAVE

Il est temps pour les associations de réaffirmer leur identité, et le moindre coût de traitement. La proximité, le domicile permettent d'éviter les transports et apportent une meilleure qualité de vie aux patients.

Nos structures et le maillage qu'elles représentent peuvent être une source non négligeable d'économie pour l'assurance maladie qui doit impérativement organiser la régulation entre les différents modes de prise en charge.

Le problème c'est d'avoir des interlocuteurs qui entendraient cela et qui seraient intéressés de voir les économies réalisées plutôt que les dépenses augmenter en dialyse.

Discussion avec l'Assemblée :

- ✿ Nous avons deux unités d'auto-dialyse implantées dans des hôpitaux. On est chassé dans six mois, l'hôpital reprenant les locaux pour faire la même activité, c'est-à-dire de la dialyse UDM.
- ✿ En principe, s'ils nous reprennent les locaux ils ne peuvent y pratiquer la même activité à cause de la loi de la concurrence... Mais ils prendront ces locaux, y feront autre chose dedans et installeront l'UDM à-côté.
- ✿ Deux grosses unités d'autodialyse vont fermer avant le mois de mai. Nous allons licencier du personnel... Y compris les médecins parce que les médecins sont salariés de l'hôpital mais ils ont des indemnités pour travailler avec nous en hémodialyse. Celles-ci, sont considérées comme un salaire et impliquent le versement d'indemnités pour rupture de contrat.
- ✿ Au final, cela coûtera plus cher à la Sécurité Sociale !
- ✿ C'est la logique de la T2A de toute façon !
- ✿ Oui, mais on l'a ! A partir de là, comment s'adapter pour être plus fort !
- ✿ Il me semble qu'il y a deux choses différentes : il y a les problèmes qui sont rencontrés par les associations dans les grosses agglomérations où effectivement les temps de transport du patient entre son domicile et le centre/domicile et l'autodialyse n'est pas très différent et là effectivement il a cette tentation. Nous avons une carte à jouer dans les zones qui sont plus reculées où effectivement il y a une distance importante – je parle là dans mon département. Quand explique à l'ARH que l'on maintient une hémodialyse dans le sud du département, que l'on va en créer une dans un département dépourvu et qu'on va y accoler de l'UDM, qu'on va faire une consultation déportée à ce niveau-là elle est partante car les coûts de transport seront réduits, et ce langage est entendu.

Dr Raymond FRAYSSINET

Il faut évoluer parce que, effectivement, on ne tiendra pas, mais c'est la logique du secteur associatif. Le secteur associatif se développe s'il apporte des solutions à des problèmes qui ne sont pas pris en charge soit par l'administration, soit par les établissements publics, soit par le privé lucratif.

Je crois que l'on est là pour ça. Il y a eu ces décrets ! Il y a des choses qui intéressent le secteur public et le secteur privé qui ne les intéressaient pas avant. Je crois que l'intérêt de cette enquête – et c'est ce que j'ai dit au début –, c'est quand même qu'elle a mis en évidence une très grande hétérogénéité de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France.

Là, nous avons un rôle à jouer. Avec notre maillage très important, notre fédération, notre groupe, notre comité technique, et la conférence des présidents, je pense qu'il y a une piste à suivre pour développer des prises en charge nouvelles, des pathologies de proximité et le dépistage de l'insuffisance rénale, et avec lui, un rôle d'éducation thérapeutique. Toutes ces choses sont mal prises en charge soit par l'hôpital, soit par le secteur lucratif.

Discussion avec l'Assemblée :

- ☀ Je ne partage pas tout à fait ces propos.

La question posée est : quel rôle on joue ? Quels besoins y-a-t-il à satisfaire et comment?

Il y a deux situations : on est en première ligne ou on n'est pas en première ligne. Par le passé, les associations n'ont jamais été en première ligne. Elles étaient toujours derrière les hôpitaux, elles étaient le relai des hôpitaux.

Les choses évoluent. Elles n'évoluent pas d'un bloc mais équipe néphrologique par équipe néphrologique. Soit il y a une bonne relation entre l'association et l'équipe néphrologique et tout va bien, soit entre l'équipe néphrologique et l'hôpital parce que les équipes néphrologiques ont de plus en plus de pression de leur direction hospitalière pour développer l'activité et avoir de la rentabilité.

Deux situations se présentent donc : soit on peut rester dans le sillage de l'hôpital, soit on ne peut pas et si l'on prend le sillage de quelqu'un qui se sert en premier on perdra de l'activité.

Autre élément : ou on fait de la consultation, ou bien on ne fait pas de consultation.

C'est un virage extrêmement important.

Il n'y a aucun intérêt à ouvrir des conflits inutiles avec les hôpitaux avec lesquels on a de bonnes relations. Si un hôpital veut développer son activité, se réserve les patients, se développe il y a là un problème et il faut peut-être développer la consultation. Parce que l'hôpital fait de la consultation !

Second élément : la transplantation. Sur 30 ans d'évolution de la transplantation dans mon établissement, j'observe qu'on transplante maintenant des patients de plus de 80 ans.

La transplantation se développe. La population, est de plus en plus urbanisée donc il y a de moins en moins de personnes dans les petites structures.

Nous avons des unités d'autodialyse vides. Dans un secteur médical qui était vraiment très actif, 5 unités d'autodialyse pour 26 patients ! Si on fait le compte d'exploitation ! On est dans le rouge ! Il y en a une, deux ou trois qui sont conservées mais deux ou trois qu'il faut fermer.

Si l'on investit avec les normes fixées par les décrets dans des lieux où il y a peu de population et où il n'y en aura pas avec toutes ces évolutions on précipite notre ruine.

Je crois qu'il faut vraiment revenir au service rendu. Sur la prise en charge, sur l'accueil, sur l'éducation thérapeutique, sur l'écoute du patient et pour ça, on ne peut pas envoyer du personnel partout. Il faut des structures, avec consultation, éventuellement de la consultation infirmière, consultation médicale, éducation thérapeutique.

C'est par une qualité de service qu'on s'en sortira et ce n'est pas par une fuite en avant en mettant des structures de dialyse dans les endroits les plus isolés.

- ☀ Je suis d'accord avec vous sur cette « valeur associative », elle est forte, elle motive nos actions depuis quarante ans mais nous n'en avons pas quand même le monopole.
- ☀ On a le monopole de rien du tout !
- ☀ Si, on a un énorme monopole et c'est pour ça que l'on peut peut-être réagir : on a la souplesse de faire vite des choses que les hôpitaux mettront cinq ans à faire. On est réactif et on a déjà l'habitude de faire évoluer nos structures. Ça, on peut le faire ! Mais pour la qualité des soins qui sont donnés dans beaucoup d'établissements, on ne fait pas mieux ! On fait peut-être un peu mieux dans la mesure où nos ratios de personnel sont un peu meilleurs, mais si on nous écrase les prix et en particulier si on nous menace de nous faire payer la TVA en plus, je ne suis pas sûre que l'on pourra garder les mêmes ratios de personnel.

- ☀ C'est sûr que la proximité d'aujourd'hui n'est plus la même qu'il y a dix ou quinze ans. Donc, des petites unités d'autodialyse à la campagne, ce n'est plus possible.

C'est vrai que l'on a un peu partout des moyens de communication : véhicules et autres qui sont assez rapides. Les moyens de communications ont bien évolué en France depuis 30 ans.

Je pense que c'est cette proximité-là qu'il faut défendre, mais il faut que ce soit des endroits où il y a quand même un potentiel de patients suffisant.

- ☀ Je ne voudrais pas que mes propos soient mal compris. J'ai dit que les structures que l'on a sont à un endroit où il y a un hôpital avec un service d'urgences où effectivement l'activité n'est pas la même que sur le gros CH où il y a de la chirurgie, etc., mais où il y a un bassin de population, où il y a un service d'urgences, où il y a des patients...
- ☀ Situation intermédiaire entre le gros hôpital et le petit hôpital qui a du mal à vivre lui aussi.
- ☀ Il faut toujours regarder la population et l'évolution de cette population. Il y a des endroits – pas loin de ton secteur là – à une heure de la Sarthe, où il y avait d'énormes usines qui étaient des industries et tout ça c'est fermé maintenant. Et tout le monde est en train de partir.
- ☀ Allez investir dans des endroits comme ça, c'est suicidaire.
- ☀ Par contre, on voit aussi qu'habiter dans les villes c'est de plus en plus cher, et donc on voit de plus en plus de population qui a des petits salaires dans des lotissements dans toutes les campagnes, avec des gens qui font énormément de trajet. Ce sont des gens plutôt jeunes pour l'instant mais à terme, je ne sais pas ce que cela donnera !

Dr Raymond FRAYSSINET

Je crois que cela fait la transition puisqu'on a débordé à partir de cette enquête REIN sur des problèmes de survie du secteur associatif, de l'évolution, les problèmes financiers.

Je vais passer la parole à Bernard BAYLE qui va préparer l'intervention de Monsieur CAUSSE.

M. Bernard BAYLE

Je voudrais remercier Monsieur David Causse de venir nous expliquer en termes d'actualité ce qui nous préoccupe depuis la rentrée. David CAUSSE est directeur du Pôle Santé à la FEHAP.

Nous avons travaillé tous ensemble sur cette loi HPST qu'il va nous présenter et sur les problématiques de cet été qui ne sont pas simples. On a commencé à en parler un tout petit peu : tarif unique, économie de l'Assurance Maladie, les effets d'annonce, le domicile à redévelopper, etc.

Merci David de venir nous présenter tout cela, parce qu'on a des débats qui toujours très intéressants avec des notions de stratégie qui ne sont pas simples aujourd'hui, avec ces incertitudes sur l'avenir.

M. David CAUSSE

Je vous remercie tout d'abord de votre invitation. Cela me fait très plaisir de participer à votre réunion, je dirais tout simplement parce que cela me fait plaisir d'apprendre un peu plus chaque jour que je vous fréquente, Bernard et ses collègues et, à l'occasion de cette réunion, d'apprendre votre métier.

Je profite de ce temps de présentation pour dire que dans l'équipe de la FEHAP Marion DEVERRIERE avec nous aujourd'hui, nous aide avec Bernard BAYLE à porter ces sujets. J'ai envie très pragmatiquement - parce que les paroles sont une chose mais les actes c'est mieux – de vous dire que sur les questions qui peuvent se poser à vous, vous avez avec Marion auprès de moi une interlocutrice qui a pour rôle de répondre à vos questions, de répondre à vos attentes.

Vos interlocuteurs de demain, les directeurs d'ARS se posent la question : « *Comment je rassemble moi des structures aussi différentes qu'étaient l'ARH, la DRASS, les DASS, l'URCAM, la CRAM, la MSA, le RSI – le régime des indépendants, le Groupement Régional Santé Publique* ».

Le premier message que je veux livrer est politique. Dans une conférence de présidents il ne faut pas trop se perdre dans la technique. Vous allez avoir à parler avec des gens qui font du regroupement. Le regroupement, ce n'est pas seulement chez les autres... voyez les hôpitaux, les cliniques, les associations. La question de regroupement c'est leur vécu d'institution. Les Directeurs d'ARS vont devoir fédérer des gens aussi différents et avec des atomes aussi peu crochus que possible que des fonctionnaires de l'état, des médecins conseils de l'Assurance Maladie.

Ayez à l'esprit que les interlocuteurs stratégiques et budgétaires de demain font du regroupement et que la première question qu'ils vont se poser, quand ils vont voir le maillage sanitaire et médicosocial dont ils ont la charge c'est : « *C'est quoi cette constellation et comment ces gens qui me sollicitent, que je rencontre pour différents sujets, comment est-ce qu'ils pensent eux-mêmes leurs propres*

questions de rationalisation du paysage, leurs propres enjeux de filière de soins, leurs propres enjeux de taille critique ? »

Je crois qu'il n'y a pas de meilleure manière pour réfléchir – et je reviendrai sur les questions financières – à son devenir que de se décentrer un peu de son propre vécu institutionnel, de ces propres questions de gestion, et d'essayer d'emprunter les lunettes des autres et notamment de ceux qui ont les clefs de votre devenir. Les agences font du regroupement, ont ce mandat, cette feuille de route. Ce n'est pas uniquement pour les autres, c'est aussi leur première préoccupation : *« Comment je fais l'unification de la valeur du ticket de cantine entre les fonctionnaires de l'état, de la RH, de la DRASS, de la DASS... »*

Il me paraît important, pour la Conférence des Présidents de préparer une parole sur ce sujet.

Alors la parole peut se structurer avec un voisin hospitalier public, c'est la culture d'une association. Il peut y avoir des fraternités chaleureuses, il peut y avoir des fraternités tellement enveloppantes qu'elles peuvent devenir étouffantes !

Ce que je sais de l'hôpital public qui a nombre de mérites mais aussi des limites, me donne à penser que l'hôpital public pour le meilleur de sa culture et de son efficacité a besoin du secteur privé non lucratif à côté.

Chaque fois qu'un acteur veut digérer l'autre, c'est le paysage qui s'appauvrit.

Sur la question de mise en perspective des aspects plus techniques que vous allez entendre cet après-midi avec Maxence CORMIER, la deuxième chose qui me paraît importante c'est que vous avez dans le nouveau périmètre des agences – qui n'est pas qu'un périmètre intellectuel ou décisionnel, c'est aussi un périmètre potentiellement financier – la possibilité d'assembler dans des contrats d'objectifs et de moyens des choses que d'autres ne pouvaient pas assembler avant eux, et notamment le préventif et le curatif. Et notamment des questions, des visions santé publique, des visions de promotion de la santé, des visions d'éducation à la santé.

Il y aura là pour un secteur proche du militantisme, des opportunités nouvelles, pour autant que le secteur sache être crédible. Vous avez des directeurs d'agence qui n'étaient déjà pas forcément très accessibles pour chacun d'entre vous dans vos situations locorégionales. On sait bien qu'aujourd'hui les marges de manœuvre sont étroites. Tous les collaborateurs des DASS, des DRASS, des ARH sont payés pour dire *« non »* et c'est seul le sommet qui a la capacité de dire *« oui »*.

C'est un peu comme vous-même qui vous organisez pour vos achats avec les fournisseurs, vos adjoints ont pour mission de durcir le débat et c'est vous qui éventuellement prenez la décision finale – enfin, c'est une relation normale – mais cela veut dire que demain il faut réfléchir aux agences en se disant très pragmatiquement : *« Quelle est ma chance effective l'an prochain d'avoir mon Directeur d'Agence Régionale de Santé au téléphone plus de 3 minutes ? »*, si vous restez dans votre format institutionnel !

C'est la question d'isolement, c'est la question de constellation de structures. Il y a des questions à se poser, soit à l'échelle locale, à l'échelle régionale, ou à l'échelle nationale, à l'échelle de votre conférence.

Un des fils rouges du privé non lucratif, cela va très au-delà du secteur de la dialyse. C'est un secteur qui a plein de mérites et d'intérêts mais qui a une tare.

J'emploie un mot fort et je l'emploie fraternellement parce que je me sens de ce secteur depuis 25 ans, mais il est pris dans le morcellement des initiatives, des promoteurs, des fondateurs historiques et là où le secteur public a une dynamique de regroupement – ce n'est pas la sienne, il a les mêmes problèmes d'égo, les mêmes problèmes de patriotisme de clocher, de structure – il y a la loi, il y a la vision nationale. Le devenir est structuré par la loi. On fait des Communautés de Territoire, le ministère dit : *« Je ne nomme pas un directeur d'hôpital là où il y a un poste vaquant parce que je demande que ce soit le directeur de l'hôpital plus gros, voisin, qui fasse la direction commune »*.

L'état a des moyens de faire le regroupement du secteur public, et le met en œuvre : HPST et on fait des Communautés de Territoire pour le réaliser.

Dans le secteur privé lucratif il y a d'autres logiques : on se rachète, il y a des actionnaires qui disent : *« C'est le temps d'être racheté parce que demain j'aurai peut-être un mal de chien à être racheté »*.

Donc, le privé lucratif a d'autres logiques et le privé non lucratif de ce point de vue là à, la fois des mérites et des limites.

La limite est qu'il faut qu'il y ait à un moment donné une vision militante, une vision prospective et collégiale qui fasse que l'on sache renouveler l'effort de l'action collective et avoir un effet de « savoir-faire » dans des logiques d'alliance et de regroupement qui viennent suppléer par le volontarisme ce que pour le secteur public la loi détermine, et ce que pour le secteur privé la loi du marché établit.

C'est un peu simplificateur mais je pense que c'est un message de Conférence des Présidents. C'est pour ça que j'avais envie de vous le livrer comme vision d'ensemble.

J'ajoute que dans ces questions d'alliance, puisque tout à l'heure on parlait de la question des achats je ne sais pas ce qui vous a été dit sur le sujet de l'ordonnance, dès lors que l'on se pose des questions d'alliance ou de regroupement, on se pose des questions forcément difficiles.

Je ne parle pas seulement technique, juridique ou institutionnel, je parle émotionnel parce que chaque association, chaque dirigeant a sa place, son histoire et donc rassembler ou fusionner des histoires qui sont aussi presque des « chansons de gestes associatives »...

La question des achats est une bonne manière d'insuffler des logiques collectives un peu latérales, c'est-à-dire qu'on n'est pas en train de se dire : « *Qui va rester président ?* ». Quand il y a un rassemblement, on se pose tout de suite la question de qui va être le chef, ou qui va rester le DG ? Ce sont les questions les plus délicates qu'il ne faut pas mettre d'emblée à l'ordre du jour ou sur la table.

Par contre, il y a des questions plus opérationnelles : « *Comment je perds moins d'argent ou comment j'en gagne ?* » de manière à commencer à se « flairer », à s'approprier dans la décision collégiale.

Les questions d'achats font partie de cette manière de commencer à travailler ensemble.

Mais on peut parler aussi d'un médecin DIM, de contrôle de gestion. On peut parler d'un certain nombre de sujets qui permettent de fabriquer à l'échelle « locorégionale » ou à l'échelle nationale des éléments de regroupement.

Il ne faut certainement pas attendre d'avoir le « couteau sous la gorge » en termes budgétaire ou tarifaire pour réfléchir à ces mutualisations de coût ou à ces optimisations de recette.

Pour vous donner une illustration de ces réflexions partagées avec vos collègues du champ du SSR – qui n'est pas encore en tarification à l'activité, qui connaît déjà des effets de regroupement et de problèmes financiers – ils sont convenus d'un séminaire pour dirigeants sur « *comment réorganiser les modes de prise en charge* ».

Je trouve que c'est une vision très moderne ! Plutôt que de continuer à travailler exactement comme avant, et à se dire : « *Zut, mon tarif n'est plus à la hauteur* » et j'actionne la pleureuse et le mouchoir pour attirer l'attention de tout le monde sur mon triste sort, il y a une vision plus volontariste qui est de dire que peut-être aujourd'hui l'état des finances publiques et sociales suppose de réfléchir autrement.

Avec les repères économiques et financiers que nous avons, se dire qu'avec la même efficacité, la même qualité de service pour le patient, quelle autre manière pourrions-nous utiliser pour rendre le service en étant dans des cohérences économiques et financières.

Si vous souhaitez travailler sur des registres de cette nature, je travaille avec un enseignant au Conservatoire National des Arts et Métiers, on pourrait monter une cession dédiée à cet objet-là.

J'ai fait une transition très directe avec les questions financières pour vous parler du PLFSS, du projet de loi finançant la Sécurité Sociale et donc des questions d'argent qui se présentent sur 2010.

S'agissant du PLFSS, le dépôt d'amendements pour la Commission des Affaires Sociales était lundi dernier et, lundi prochain jusqu'à 17h00 pour les amendements en séance publique qui peuvent continuer à être déposés par tous les adhérents de la FEHAP soucieux de nous aider dans ce travail parlementaire et faire un effet masse de dépôt d'amendements qui concoure à la réussite sur HPST.

Mais d'ores et déjà on a quelques nouvelles intéressantes évoquées lors du dernier Comité de Dialyse. Notre amendement sur la validation législative de la rénovation de la convention a été voté à l'unanimité par la Commission des Affaires Sociales. C'était hier. Je ne veux pas entrer dans les détails mais il se trouve qu'il y a eu des contentieux de quelques salariés sur les modes de prise en compte de l'ancienneté.

Dans les amendements importants de la FEHAP, celui du différentiel de charges n'est pas facile car il a une hostilité frontale du cabinet de la ministre. Il faut faire énoncer qu'au même tarif, au même forfait, les opérateurs privés et privés non lucratifs sont pénalisés uniquement en différentiel de charges de près de 4 %. Parce que nous payons la cotisation chômage, un schéma de cotisations retraite, de protection sociale plus coûteux de 4 % et 4 %, au bout du bout, à la fin de l'année dans un compte de résultats et bien c'est énorme, c'est colossal ! *Grosso modo* c'est l'équivalent de deux semaines de facturation !

Le PLFSS est calé par le Gouvernement sur un repère d'augmentation de 3 %, c'est-à-dire un pourcentage stupéfiant ! On vit quand même la pire crise économique que le pays ait connue depuis la deuxième Guerre Mondiale. Ce ne sera jamais assez pour certains commentateurs mais moi je vous livre un sentiment qui n'est pas dans la flagornerie politique.

On voit que le Gouvernement est dans une position où le secteur sanitaire et social est considéré comme un secteur qui mérite une attention contra cyclique, c'est-à-dire « ça va très mal partout et on ne va pas par ailleurs mettre ce secteur-là dans une difficulté plus grande encore alors que c'est un secteur dans lequel les besoins se développent » et même si le déficit de recettes devient catastrophique ! Chaque fois que l'on perd 1 point du PIB, on perd 2 milliards de cotisations.

On a perdu trois points de PIB cette année, on a perdu 6 milliards d'euros de cotisations !

C'est un choix politique et budgétaire très important du Gouvernement de dire : « *Je n'ajuste pas le niveau d'évolution des dépenses au le niveau des recettes* ».

Pour autant, comme vous connaissez les repères, vous vous souvenez l'an dernier l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) avait augmenté de 3,3 %. Vous savez que vos tarifs et vos budgets n'avaient pas augmenté de 3,3 %. Quand on a 3 % - c'est le chiffre global - il y a déjà une patte d'oie : il y a 2,8 % pour les soins de ville comprenant les honoraires des libéraux, les dépenses de médicaments pris en charge en ville, la question des transports, et il y a 5,8 % pour le secteur médicosocial. On voit bien que pour arriver à 5,8 en secteur médicosocial il y a une petite abrasion de 3 % pour le champ sanitaire qui est tombé à 2,8.

Ensuite, il y a un certain nombre de repères : quand les dépenses augmentent de 2,8, il faut que le Gouvernement intègre que l'activité va augmenter en 2010 en volume et que lui il est en train de réfléchir en masse financière. Il doit intégrer un effet prix et un effet volume ; c'est ce qui fait sa dépense.

Pour le dire autrement, dans le secteur sanitaire tout confondu, pour maintenir son niveau de ressources, il est attendu des opérateurs de faire une augmentation de 1,7 % d'activité.

Pour le dire différemment, c'est le gain de productivité demandé à tous les opérateurs sanitaires. Si vous n'obtenez pas ce niveau d'évolution d'activité, quelque part vous perdez une fraction de votre droit de tirage financier.

Ensuite, il y a des mesures de santé publique : on développe la gériatrie, il y a un forfait sur la prise en charge du cancer, il y a un certain nombre de dispositions et, au bout, on sait qu'avec 3 % pour le sanitaire l'an dernier on avait une masse pour les tarifs de 0,5 %. Là, on sait qu'on est dans des ordres de grandeur budgétaire globaux de 0,2 à 0,3 %.

C'est pour ça qu'il ne faut pas attendre d'une bénédiction tarifaire soudaine le fait de pouvoir faire l'économie d'une réflexion sur ses charges, sur la mutualisation des charges, de tous les coûts fixes, parce qu'on est quand même sous une pression économique tous les ans, où on constate que *grosso modo* il y a 1 % de pouvoir d'achat budgétaire qui s'en va.

Pour dire les choses de manière claire et directe.

Concernant le PLFSS, les parlementaires votent un montant d'ensemble de 170 milliards d'€. Ils vont voter une enveloppe tarifaire qui va être de 45 milliards d'€ et après, les parlementaires s'arrêtent dans la question de la définition financière des choses parce que tout devient un travail de l'exécutif.

Vous savez que nous sommes dans un régime constitutionnel qui sépare le rôle du législatif et de l'exécutif mais la manière dont on va dépenser les 45 milliards d'euros, dont on fixe les tarifs, etc. tout ça n'est plus le rôle du parlement mais le travail de l'exécutif avec la DHOS, avec la mission T2A, avec la CNAM.

Lorsque les grandes enveloppes sont déterminées et que le Conseil Constitutionnel n'a pas censuré la Loi de Financement de la Sécurité Sociale qui se joue entre le 15 décembre et le 15 janvier, cela nous amène vers du travail bilatéral avec l'administration jusqu'en février où paraît un arrêté tarifaire.

Il y a quelque chose d'étonnant dans notre système financier, le parlementaire chargé de veiller sur la manière dont on lève l'impôt et dont on alloue la ressource publique, s'arrête à des niveaux de masses financières éloignés de la réalité de la vie économique de chacun de nos établissements.

Vous me direz : « *A quoi ça sert ?* »

Je rappelle que le fait que le Parlement vote le budget de la Sécurité Sociale, c'est une histoire récente qui date d'Alain Juppé et donc de la réforme de 1996.

Le deuxième aspect c'est que le Parlement va être amené à fixer les outils, à fixer les règles du jeu. Par exemple, le Parlement ne va pas entrer dans le détail de la ventilation des 45 milliards d'€. Eventuellement, on peut obtenir un questionnement parlementaire et cela peut être d'ailleurs une stratégie astucieuse sur laquelle on pourra revenir mais on voit que ce travail de ventilation est un travail de « cambouis » économique-financier uniquement du Ministère de la Santé – pour faire court ! Par contre, dans la boîte à outils, c'est bien le Parlement qui vote l'idée qu'il y aurait un coefficient correcteur sur le différentiel de charges. Il ne définit pas le tarif mais si, à un moment donné, on voit

arriver 4 % d'amélioration parce qu'on est privé par rapport à un opérateur public, c'est quand même le Parlement qui peut le voter.

Un amendement intéressant que je peux vous restituer et dont j'espère que la Commission des Affaires Sociales l'aura retenu, a trait à la collaboration avec les infirmiers libéraux. Vous savez qu'il commence à y avoir des zones de tension car l'Assurance Maladie estime que lorsqu'un auxiliaire médical libéral notamment infirmier collabore avec les structures, l'Assurance Maladie perd sa qualité d'employeur et refuse d'intervenir sur les cotisations qu'elle prend en charge pour tous les libéraux.

Vous avez été peut-être les uns ou les autres étés confrontés à ce fait. Cela peut peser sur la relation avec les infirmiers libéraux.

J'apprends le secteur de la dialyse et je peux vous dire que nous avons un amendement partagé avec la Fédération Nationale des Infirmiers – organisation majoritaire des infirmiers libéraux. Un rapporteur du PLFSS infirmier de métier en la personne d'Isabelle VASSEUR est intéressée par cela, et prévoit une modification des codes de la Sécurité Sociale qui interdit à l'Assurance Maladie de faire une discrimination entre les infirmiers libéraux notamment sur leur régime de cotisations et qui l'interdit tant pour la collaboration avec une HAD qu'avec une association sanitaire.

On voit bien qu'à ce niveau, dans le PLFSS, quelques éléments de la boîte à outils économiques et financiers se déterminent mais le Parlement ne voit *grosso modo* que les grandes masses.

Cela nous amène à parler des discussions avec le Ministère et/ou avec la CNAM pour venir sur le terrain que Bernard évoquait tout à l'heure.

Qu'à été amenée à dire la FEHAP jusqu'à maintenant et quels sont les échos que nous avons : nous avons été amenés à dire, et cela nous renvoie au discours militant évoqué tout à l'heure et que nous partageons, qu'il faut qu'il y ait un signal tarifaire favorable pour toutes les alternatives aux centres. Nous l'avons dit pour 2009 mais nous n'avons pas été entendus puisque les évolutions tarifaires ont été exactement identiques.

Il est intéressant de savoir que Madame BACHELOT lorsqu'elle vint s'expliquer à l'Assemblée Générale de Lille a parlé de ce sujet puisque le président de la FEHAP Antoine DUBOUT l'avait abordé mais elle nous a renvoyé à nos « chères études » que nous n'avons pas encore menées et sur lesquelles j'ai besoin de vous pour arriver à être convaincant.

Nous avons un peu de temps, jusqu'à fin décembre début janvier avec Bernard et Marion pour s'atteler aux arguments que vous pourriez nous livrer. **Madame BACHELOT nous a dit : « Pourquoï pas, mais j'aurais besoin d'études. »**

C'est peut-être pour dire « non » mais force est de reconnaître qu'à ce jour la balle est dans notre camp et je n'ai pas encore trouvé le moyen de « shooter dans le ballon » pour remettre la balle de l'autre côté de la ligne médiane.

A un moment donné, on a besoin d'un commencement d'argumentaire structuré sur la qualité de vie du patient, le maillage du territoire mais aussi pour la Sécurité Sociale sur ce qui peut coûter ou surcoûter en hospitalisation. Il n'y a pas besoin de faire une thèse d'état ! Il nous faudrait deux/trois monographies, et Marion peut avec moi vous y aider, pour décrire ce qui peut se passer si une association ne prend pas en charge un patient et si on est dans un registre d'intervention en centre.

Nous sommes à votre disposition pour ça.

Pour terminer sur cet exposé, j'ai envie de vous dire que réfléchir c'est bien, mais agir c'est mieux !

Chacun, dans sa contribution possible et au stade où il en est de sa réflexion, peut nous aider.

Sur la question de la visibilité du secteur de la dialyse à domicile, il y a une initiative à prendre. Je ne sais si elle 'est nationale, ou régionale, ou les deux, mais il faut y penser assez vite. Les agences vont considérer comme interlocuteur crédible, celui à qui elles vont consacrer du temps et donc déjà un peu d'argent, celui qui aura déjà un bagage crédible sur ce versant. Il ne pourra plus jamais être dans celui de l'isolat institutionnel.

Dans la question de visibilité, dès lors que ce maillon-là serait atteint à l'échelle nationale, régionale, ou les deux, il pourrait y avoir des initiatives extrêmement intéressantes. Tout à l'heure, j'entendais un débat très tonique sur la question de la qualité des indications et la manière dont des indications sont réfléchies. Ces sujets croisent les champs disciplinaires de l'étiologie de la micro-économie de la clinique.

Si l'on se rassemble avec les associations d'usagers et sociétés savantes, rien ne nous empêche de créer « une audition publique », nouveau nom HAS des conférences de consensus. J'en ai organisé une dans ma vie et en tant que président de Comité d'Entreprise je connais assez bien cette « boîte ».

On peut se débrouiller sur les sujets d'optimisation entre concentration des ressources, proximité, qualité des indications.

Une des bonnes manières de contourner l'obstacle est de prendre le sujet par un enveloppement et de venir le faire par une logique de visibilité de cette nature, une méthodologie scientifique.

La deuxième chose est que nous avons besoin de crédibilité, c'est-à-dire d'arguments. Encore une fois, je peux très bien envoyer aux sous-directeurs des ministères la petite dépêche sur le récent congrès qui a eu lieu à Strasbourg – je crois -, une communication sur l'intérêt de la dialyse péritonéale mais quand même, puisqu'on est là pour en parler, si avec Bernard et Marion on pouvait étudier deux à trois monographies ; comme savent le faire les laboratoires ! Les laboratoires quand ils parlent médicaments, ils font un parcours de soins avec et sans médicament et on compare la durée d'hospitalisation, la durée des soins, le pronostic, etc.

Il faudrait être en mesure d'avoir des arguments sur tout ce que l'on se dit, tout ce que l'on évite à la Sécurité Sociale, tout ce que l'on évite au patient -. Encore une fois, ce n'est pas une thèse d'état. Ce n'est pas inaccessible. Vous n'imaginez pas parfois la rusticité des arguments qui emportent la décision dans certaines réunions interministérielles.

J'ai vraiment le sentiment qu'il y aurait un collationnement avec Bernard et Marion, avec ceux d'entre vous qui peuvent assembler et formaliser si on veut faire vivre la question qu'en 2010 il y ait un traitement différentiel des tarifs du centre et du hors-centre.

L'autre point dont je voulais parler qui est un sujet que l'on trouve dans d'autres disciplines est que si on voulait perfectionner un peu le raisonnement, surtout sur les questions financières, on ferait apparaître une logique non seulement d'un dispositif versus à un autre, domicile versus centre, on essaierait de structurer ou documenter notre réflexion sur la question de proximité.

Dans toute activité, il y a des questions d'argent, de taille critique et/ou d'effectifs. On va voir apparaître des coûts proportionnels : charges fixes/charges variables.

L'ATIH et la CNAM vont raisonner ainsi. Les caisses sont tellement vides et on dépense déjà de l'argent qu'on n'a plus. En fait leur mode de raisonnement n'est pas sur les recettes mais sur les coûts !

Si on vient vers eux en disant que nous avons pour des petits effectifs ou des effectifs moyens dans la distribution de proximité un certain nombre de coûts fixes et de coûts variables à prendre en compte, que nous nous situons à tel niveau de charges, et bien c'est là qu'on aurait le degré d'adhésion à notre raisonnement le meilleur.

Pouvoir à la fois être dans le discours essentialiste, qualitatif : la proximité, l'intérêt du patient et, en même temps, être dans un discours existentialiste, concret, financier qui dirait : *« Pour avoir cette desserte de proximité à tel endroit, pour limiter les coûts de transport, pour avoir un effectif de x patients, on peut se faire un repère des coûts d'activité et des coûts d'implantation – parce que les coûts fixes sont des coûts d'implantation – voilà ce que représenterait d'avoir ce maillage de territoire. »*

J'ai le sentiment avec Marion et avec ceux d'entre vous qui le souhaiteraient, qu'on pourrait – je ne sais pas si on est capable de le faire d'ici à mi-janvier prochain parce que là c'est pour les décisions budgétaires et tarifaires de cette année – essayer de modéliser un raisonnement pour soutenir de manière plus structurée l'intérêt de valoriser financièrement l'ensemble.

Le grand danger auquel on est exposé, c'est qu'il n'y a déjà plus d'argent dans les caisses et qu'en fait la DHOS et la CNAM ont du secteur de la dialyse une idée préconçue. Ce secteur vit plutôt moins mal que d'autres, n'a pas de plans sociaux massifs comme en MCO, ou en SSR.

Pour surmonter la représentation d'un secteur de la dialyse qui ne va pas si mal que ça, la seule comparaison ce qui compte versus ce qu'il coûterait de s'en passer, le point précédent est un raisonnement un peu insuffisant mais ce type d'analyse fait partie de choses que j'ai eu l'occasion de travailler dans d'autres secteurs et ce n'est pas inaccessible.

Le troisième point, beaucoup plus offensif est plus délicat à manier parce que certains des adhérents de la FEHAP sont présents aussi sur le centre et donc ils peuvent être naturellement éventuellement prudents ou ambivalents sur la force du signal que l'on veut mettre sur l'alternative. Rien n'empêcherait – mais je ne le ferais qu'avec un vote à l'unanimité – que la FEHAP propose pour inciter à l'alternative, qu'on en vienne aux méthodes fortes que l'on a déployées sur la chirurgie ambulatoire et dire que faire une dialyse en centre suppose une entente préalable. Rendre répulsif, compliqué, les trajectoires conventionnelles pour valoriser les trajectoires alternatives.

Encore une fois, c'est ce qui se passe en chirurgie ambulatoire, c'est ce qui se fait ! La puissance de l'argument est indéniable mais elle ne peut avancer qu'avec la certitude qu'elle ne crée pas de dommages collatéraux ou d'effets boomerang pour ceux qui dénoncent.

Voilà la mise en jeu que je voulais faire avec vous pour alimenter votre réflexion.

Discussion avec l'Assemblée

- ☀ Pouvez vous nous revenir sur le mois de juillet qui a été un peu « chaud » puisqu'au premier semestre on a été très occupés sur ces débats politiques. Le 2 juillet la CNAM annonce un plan d'économies : 100 millions d'€, tarifs uniques, etc. Je crois qu'il serait intéressant de revoir un peu l'historique d'un point de vue politique.

M. David CAUSSE

La CNAM n'est pas le ministère et le seul fait que la CNAM est une idée sans eux suffit à rendre l'idée mauvaise. La veille en conférence téléphonique le cabinet de la ministre a totalement démenti et on l'a revu récemment dans une réunion budgétaire avec le ministère l'idée d'un cheminement vers le tarif unique.

Sur la question d'une alternative technologique Bernard m'avait alerté et j'ai eu l'occasion de parler de cette logique d'un automate, il semblerait que l'histoire ne se présente pas dans un échéancier immédiat. L'horizon est plutôt à 36 ou 48 mois.

Pour autant, ce qui est intéressant, c'est que ce risque technologique d'un pivotement, amène à affûter des arguments sur toutes les bonnes raisons de regarder la prestation de service qu'est l'association à domicile et qui ne se résume pas à de l'intervention technique.

Discussion avec l'Assemblée

- ☀ Au mois de juillet des articles de presse ont traité des 100 millions d'€ d'économie en développant le domicile. Concernant le domicile, il y avait la notion de l'appareil américain portable, puis l'idée suivante: « *Pourquoi, au niveau CNAM - au niveau DHOS je ne suis pas sûr qu'il y ait l'institution – ne pas avoir un raisonnement sur la concurrence avec des prestataires de service, dans lequel on mélange l'approche respiratoire chez les insuffisants chroniques* » Mais l'idée a germé dans un souci économique, dans un souci de lancer – comme à l'époque – le TIPS respiratoire.

Tant mieux si aujourd'hui les « bruits » sont mis de côté mais tout cela s'est cumulé en l'espace de deux à trois mois.

M. David CAUSSE

En fait aucun secteur ne peut se prétendre à l'abri d'une révolution médicamenteuse ou technologique. Il ne faut pas éluder cette question qui heureusement ne se pose pas à quinze jours. On n'est pas là pour se faire peur par rapport à l'exercice 2010, mais il faut penser en termes stratégique, de mode argumentaire, parce qu'on a de nombreux exemples dans notre pays de révolution médicamenteuse ou technologique qui ont bouleversé l'organisation des institutions ou les modes de prise en charge. Cela fait partie du paysage !

Ce qui veut bien dire qu'on a ici un enjeu dans cette question de vous fabriquer un espace régional ou un espace national visible, structuré. On voit qu'il y a un endroit où vous pourriez décider ensemble et avec le concours de la FEHAP. C'est une bonne manière de cheminer sur le devenir des institutions et qui ont des relais, qui vont être confrontées à des transmissions plus ou moins aisées. Il faut veiller à leur devenir. Il faut fabriquer ce creuset collectif dans lequel, pourquoi pas, des études pourraient être pensées ou menées sur des échéances de cette nature où sur des études économiques que j'ai appelées « mes vœux » pour être efficace et convaincant.

Discussion avec l'Assemblée

- ☀ Début septembre il y a eu un reportage télé sur la santé, et relatif à un espoir pour les dialysés, apporté par cette machine. J'ignore la réflexion des décideurs à ce sujet, mais outre l'aspect technologique et médical, n'ont-ils pas des espoirs comme: « *Ce sera moins cher pour nous en développement* ».

Un climat a été généré pendant un ou deux mois, axé sur des économies potentielles. Ensuite, on entend parler de réintégration de l'EPO dans le tarif Il n'y a pas de fumée sans feu ! Ces événements s'inscrivent dans un contexte général de déficit de la sécurité sociale. Où est notre stratégie ? Comment peut-on communiquer efficacement ? Le Comité IRC ne s'est pas réuni depuis plus d'un an.

- ☀ On travaille avec Jacques CHANLIAU et Agnès CAILLETTE BEAUDOUIN. Prenons du recul et regardons les choses. C'est ce qui est apparu dans nos débats au sein du Comité de Dialyse. Finalement, dans la prise en charge de la dialyse, si l'on revient en arrière, le rein artificiel dans les années 70 c'est une image de marque extrêmement forte : le premier appareil qui empêchait de mourir ! Je pense qu'on est toujours un petit peu dans cette image extrêmement forte de la science de dialyse qui règle le problème.

Lorsque le patient est hospitalisé, tout est pris en charge, sauf les honoraires suivant le secteur pour les molécules onéreuses.

La dialyse ne règle pas toutes les néphropathies ! La Société Française de Néphrologie a défini les cinq stades des néphropathies : l'insuffisance rénale à partir du stade 3, (moins de 15 ml de clairance) donc insuffisance rénale au stade terminal et dialyses de suppléance. Mais on ne règle pas à côté les autres incidences des néphropathies. Et c'est sur ces maladies, ces affections intercurrentes qu'il convient de s'interroger. On a fait quelque chose autour du traitement de l'anémie mais il y a bien des sujets qui ne sont pas traités : le trouble phosphocalcique n'est pas traité.

Ne doit-on donc pas s'interroger sur la prise en charge des affections intercurrentes : l'anémie, le trouble phosphocalcique, la nutrition, les troubles vitaminiques ?

Est-ce que l'on ne doit pas prendre du recul sur tout cela pour constater que la dialyse donne l'impression que tout est réglé, sauf qu'il y a des points de détail à côté.

Qu'est-ce que cela signifie de prendre en charge des néphropathies ? Quand on entend dire qu'à l'âge avancé un français sur cinq est concerné par les néphropathies ?

Voilà, ce sont des pistes de réflexion.

Dr Raymond FRAYSSINET

On s'éloigne quand même de l'Association de Dialyse.

- ☀ Je voudrais remercier Monsieur CAUSSE de son excellent exposé. Je voudrais vous demander quelques précisions sur le brouhaha du mois de juillet et notamment savoir quelle est la position des malades sur le tarif unique alors qu'ils ont été les grands, grands défenseurs d'un tarif par sous-unité de catégorie de dialyse. Leur voix est quand même très écoutée et c'est normal !
- ☀ On a invité il y a trois semaines Monsieur VOLE pour avoir justement un débat et un échange sur cette inquiétude de l'été. Il a dit que si on faisait comme en Allemagne, on irait tout droit « dans le mur » et il l'a exprimé très fortement. Il est même sur le point d'être avec nous auprès de la DHOS et de la CNAM pour avoir une action qui vise à privilégier les tarifs hors centre. Ce qui est quand même une avancée qui n'était pas espérée il y a quelques années.
- ☀ L'ensemble des malades n'est pas représenté. Il y a de plus en plus d'associations qui sont presque maintenant en concurrence, ce qui rend son message moins audible !
- ☀ Le gros argument que la « base » entendu cet été était : « *Ne faites pas l'Allemagne !* ». Alors, tout d'abord, on compare des choses qui ne sont pas comparables. La distribution et le traitement en Allemagne ce n'est pas la distribution en France. La modalité d'achat du matériel en Allemagne n'est pas la modalité en France. Nombre de choses sont différentes !
- ☀ La dialyse en France coûte beaucoup plus cher qu'en Allemagne pour une qualité de dialyse qui est excellente mais pas mauvaise en Allemagne. Il faut aussi que l'on fasse attention à cet argument parce qu'elle coûte cher quand même en France, et en particulier plutôt de nous parler des tarifs, etc., qu'ils règlent une fois pour toute le problème des transports.
- ☀ Ca fait des années qu'on entend ça, c'est assez décourageant !
- ☀ Cela fait partie des arguments qu'il faut mettre en avant.
- ☀ Concernant l'exemple de l'Allemagne, il faudrait peut-être avoir des renseignements très précis. Nous avons des gens qui connaissent mieux que nous le fonctionnement.
- ☀ Quand on dit « tarif unique », il faut moduler parce que le tarif unique est un tarif de prestation de base auquel se surajoutent certaines prestations. Les honoraires médicaux sont plus élevés en Allemagne qu'en France et les transports sont beaucoup plus rationalisés qu'en France.
- ☀ Les prix des fournitures ne sont pas les mêmes !

☀ Je voulais interroger Monsieur CAUSSE à propos du PLFSS. Un article du Quotidien du Médecin mentionnait un amendement concernant la dialyse à domicile. Est-ce que vous avez quelques précisions à ce sujet ?

☀ Oui, effectivement, un amendement a été déposé. On ne connaît pas le nom du député favorable à la dialyse à domicile, disant que c'est un mode de prise en charge qui favorise la qualité et la proximité. En fait, sur le mode de prise en charge en dialyse deux amendements ont été déposés : un concernant la DP et un concernant la dialyse à domicile.

Si vous le souhaitez, je peux vous les transmettre. Il n'y a pas de concrétisation technico-financière attachée à ces amendements.

☀ Je voudrais revenir sur le problème qui me paraît conceptuel. On est en train de parler de dialyse à domicile. Il suffit de suivre les statistiques : l'âge moyen de nos patients qui entrent en dialyse est de 70 ans, minimum 3 % de comorbidité, minimum 16 % de handicap. 8 % des patients sont incapables de marcher. Si on demande une entente préalable pour mettre ces patients-là en centre, il n'y a pas un médecin de la Sécurité Sociale qui aura le courage de refuser l'entente, parce qu'il n'engagera pas sa responsabilité.

☀ Ensuite, faire plus de dialyse à domicile, avec incitation tarifaire : je veux bien ! Le tarif est trois fois inférieur à celui du centre. Pour faire de la dialyse à domicile actuellement, vu le profil des patients, on ne peut le faire qu'avec des infirmières, que ce soit en dialyse péritonéale ou en hémodialyse et, pour pouvoir faire de la dialyse à domicile avec des infirmières, il faut monter les prix des séances non pas d'une valeur symbolique mais d'une valeur importante. Les équipes qui font actuellement de la dialyse à domicile de façon significative payent des infirmières au domicile des patients, c'est le cas de l'ADF. Le seul endroit en Europe où je pense il y a vraiment de la dialyse à domicile à très grande échelle c'est en Hollande, ils ont 600 patients dont 120 à domicile. Ces 120 patients à domicile sont pris en charge par les infirmières parce qu'ils sont âgés, handicapés, etc.

Si l'on veut pousser la dialyse à domicile, ce n'est pas une mesure symbolique sur le tarif qu'il faut ! C'est une vraie mesure. Il faut considérer la dialyse à domicile comme l'HAD.

Actuellement, pour les soins palliatifs à domicile en HAD des tarifs permettent de le faire alors que les tarifs de la dialyse à domicile ne le permettent pas. Ce n'est pas une variation de 3 à 4 % du tarif qu'on nous accordera à titre symbolique qui permettra cette prise en charge.

☀ Pour conforter ce propos, j'ai eu un conflit avec les infirmiers libéraux en autodialyse dans le cadre des circulaires nationales. Ils ont trouvé qu'ils n'étaient pas assez payés parce que les patients sont de plus en plus lourds en autodialyse, les coûts sont les coûts, les patients sont handicapés, ils n'arrivent pas à remplir les fiches de dialyse, n'arrivent plus à répondre aux alarmes et donc : conflit et puis grève ! Donc, négociations !

En fait, pour arriver maintenant à avoir des infirmiers libéraux il ne faut pas moins de 120€ par séance de dialyse.

Mettez 120 euros sur le service de dialyse à domicile !

☀ C'est le même problème en DP ! La plupart des malades ne sont pas autonomes. Il faut leur mettre de toute façon une intervention infirmière ! On retombe sur les mêmes problèmes !

☀ La DP, c'est prévu.

☀ On a quand même entendu dire et répéter qu'il y a des problèmes de sous, que peut-être on allait nous intégrer dans le forfait une rémunération des infirmières libérales.

☀ Donc, les patients iront en centre et coûteront encore plus cher.

☀ Nos associations, de 1970 à 1995, ont fait toutes les alternatives de l'hémodialyse en centre. C'est nous l'hémodialyse, c'est nous la mise en place de la DP !

Est-ce qu'on n'aurait pas intérêt à dire maintenant que la logique est économique parce que du côté de la technique on ne va pas inventer grand chose même si la machine américaine arrive ! Depuis le temps qu'on en entend parler !

J'aurais été ravie que nous ayons un tarif unique. Je pense que si on avait eu un tarif unique pour les malades pris en charge, à l'intérieur d'une association on aurait pu établir un budget et donner à chacun ce dont il a besoin.

Je souhaiterais que l'on essaie de bouger un petit peu et j'essaie de trouver quelque chose qui permettrait de nous faire avancer, que l'on reste les moteurs. Maintenant, il s'agit de moteurs économiques ! Ce ne sont plus des moteurs de technologie.

Comme dans une famille on sait donner plus à un enfant handicapé qu'à un enfant qui est très brillant et bien, dans nos associations, chacun pourrait faire des choix et l'on pourrait régler le problème des transports.

Je vous assure que si on avait le budget de transport à régler chacun dans nos associations, on ferait des économies géniales ! Mais je pense que nous n'y arriverons jamais ! Pourquoi ? Parce que les transports c'est de la main d'œuvre, vous mettez encore du chômage en plus parce que les ambulanciers il faut bien qu'ils gagnent leur vie !

- ☀ Je partage votre sentiment sur le tarif unique. Actuellement, on est au tarif par technique. On pourrait concevoir le tarif par patient qui serait l'application du PMSI avec le coefficient modificateur – l'âge, le diabète, l'éthylisme, la présence d'une pathologie cardio-vasculaire, etc. Un tarif unique avec des coefficients modificateurs liés au patient lui-même et non pas à la technique, pénaliserait les gens qui mettraient en centre des gens qui n'ont rien à y faire et valoriserait ceux qui mettraient sur des alternatives des gens qui, au contraire, ont des pathologies importantes puisque la valorisation tarifaire y serait.
- ☀ Tu parles aussi d'affecter un coefficient en fonction de la comorbidité.
- ☀ C'est ce qui se fait actuellement dans la T2A.
- ☀ Il n'y a pas 50 paramètres !
- ☀ Un autre danger est ce que l'on inclut dans le forfait parce qu'avec la comorbidité on va prendre en charge des pathologies : la coronarographie chez le diabétique dialysé.
- ☀ Il faut définir le périmètre du forfait.

M. David CAUSSE

Quand l'Assurance Maladie réfléchit au tarif unique dans d'autres domaines en se disant que l'on peut faire des soins sans hospitaliser, on sait que ce n'est pas pour donner le meilleur des tarifs !!

La question de l'entente préalable : j'entends dire que le dommage est important. Il a eu un effet sur des prises en charge qui s'adressent à des assurés sociaux âgés dans d'autres domaines.

Nous portons ensemble un message de valorisation des alternatives. Ce message est plutôt commode à porter parce que le ticket d'entrée technique est relativement simple à mettre en forme. On voit bien que lorsqu'on commence à dire qu'il faut redynamiser les alternatives il faut techniciser, densifier la forme d'intervention et donc une revalorisation substantielle qui ne soit pas qu'un différentiel de 3 points.

Si on obtenait le différentiel de 2 à 3 points en 2010, ce serait déjà l'Himalaya !

Si l'on veut un changement très substantiel du forfait, il faudra être capable de faire les études économiques évoquées. La Sécurité Sociale peut tout à fait nous écouter sur un argumentaire qui justifie des coûts documentés, justifiés, expérimentés. Mais cela ne va pas se fabriquer dans une logique de tarif unique sur le meilleur des deux tarifs !

Aujourd'hui, dans l'état de la réflexion médico-économique, on ne pourra pas faire venir une logique de bascule tarifaire sans être en mesure de produire des études de coûts.

Discussion avec l'Assemblée

- La Sécurité Sociale a fait un audit avec la DHOS pour une étude de coûts en 2003 qui s'est intéressée à plus de 10 000 dialysés du régime général et qui a sorti tous les coûts. Là-dedans, il y a le transport, le médicament, le prix de la dialyse en centre, le prix de la dialyse à domicile, le prix de la dialyse péritonéale.
- ☀ Il n'y a pas le vrai prix que serait ce que vous venez d'évoquer qui intégrerait un temps infirmier. Ca, il faudrait pouvoir le documenter.
- ☀ Le coût actuel de certaines techniques ! On avait fait parallèlement avec un cabinet d'études une enquête de coûts qui a été publiée en néphrologie en utilisant le parcours patient. Il s'agissait d'une simulation de coût. Les deux ont été croisées. Au moment où on a écrit l'article et où est sortie l'enquête DHOS, les deux études ont été croisées, elles étaient concordantes avec un coût plus élevé dans l'enquête DHOS puisqu'elle intégrait les complications alors que dans l'article qui était une simulation on avait fait que des parcours patient sans complication.

Les coûts sont connus de la Sécurité Sociale. Elle sait très bien qu'un patient en hémodialyse à domicile, en hémodialyse péritonéale, lui coûte maintenant deux à trois fois moins cher qu'un patient en hémodialyse en centre.

Même en réintégrant dans ce coût éventuellement une prise en compte d'un personnel infirmier, on n'atteint pas le coût de la dialyse en centre.

C'est un argumentaire qui peut être développé.

M. David CAUSSE

J'entends très bien et nous allons noter ces références pour les étudier mais la Sécurité Sociale ne se sent pas du tout le devoir de mieux financer un secteur parce qu'il est plus économique.

Elle, la manière dont elle lit cette situation : « *Je baisse les recettes du secteur qui me coûte plus cher* ».

Si on veut amener l'idée que les temps infirmiers complémentaires sont utiles, c'est là qu'on a vraiment besoin de documenter ce point.

- ✿ Justement, l'expérience aux Pays-Bas : s'il y a 120 patients qui sont sur cette modalité de prise en charge avec les 120 euros de plus par séance, financièrement... Ca a été fait dans une volonté purement médicale ou médicale et économique ?
- ✿ C'est une volonté médico-économique mais la situation hollandaise est particulière puisqu'il n'y a pas de professionnel de la santé libéral au niveau infirmier. En fait, les infirmières qui font les séances de dialyse à domicile sont salariées par l'association qui négocie chaque année son tarif avec les organismes d'assurance. Ca concerne l'hémodialyse en centre puisqu'ils gèrent eux-mêmes le service d'hémodialyse du CHU, ils gèrent leur structure à domicile, ils ont l'équivalent d'UDM et d'hémodialyse.
- ✿ Si cette piste sur les coûts de transport est sérieuse puisque nous sommes dans une problématique d'économie ; si c'est 120 euros - qui est un chiffre à préciser - par séance, le coût de transport en regardant les chiffres de 2003, c'était il me semble 25 000 euros par an par dialysé.
- ✿ Dans l'enquête DHOS, je pense que cela dépasse les 10 % du budget.
- ✿ C'est un vieux débat. Est-ce qu'il n'y a pas à travailler en disant : « *On demande 120 euros d'un côté, par contre c'est 150 euros de moins en coût de transport.* » Cela fait gagner vous voyez 30 euros, si médicalement c'est justifié !
- ✿ Avec Marion on peut tout à fait se saisir de vos informations et de vos analyses mais on n'est pas seulement dans une étude d'observation. On est dans une étude qui est la construction de ce qui serait le paramètre du niveau tarif cohérent voire sur ce plan-là, pourquoi pas, expérimental pour rendre l'affaire un peu séduisante et éviter que nos interlocuteurs n'aient un mouvement de recul. Encore une fois, les logiques d'alignement de tarif sont sur le plus efficient.
- ✿ Je crois que sur la dialyse à domicile, il y a le coût avéré de l'immobilisation du générateur qui est difficilement amortissable. Si on fait de la dialyse à domicile, c'est essentiellement pour le bien-être du patient. Ce n'est pas pour gagner de l'argent parce que, si l'on calcule, la séance de domicile coûte quasiment aussi cher qu'une autodialyse en centre.

Le gain essentiel se fait sur les transports.

Va-t-on dégager 150 ou 500 euros pour bloquer du personnel infirmier à domicile. Je suis particulièrement favorable parce que c'est mon créneau, mais ne risque-t-on pas de mettre le doigt dans un engrenage avec un tarif unique qui risque de nous amener on ne sait où.

- ✿ Je voulais citer une petite curiosité dans l'enquête 2003 faite au niveau national. Il est montré que les tarifs de transport pour l'autodialyse sont plus importants que pour les centres.
- ✿ Souvent, ce sont des transports allongés qui coûtent plus cher que les VSL traditionnels.
Si l'on voulait se pencher réellement sur le problème, il faudrait quand même faire une espèce d'enquête d'utilisation des VSL parce qu'il y a tricherie! J'avais soulevé ça à l'occasion d'une réunion auprès de l'ARH, ça ne les a pas intéressés du tout !
- ✿ S'il y avait un peu plus d'enquêteurs finalement, je crois que payer des gens pour ça créerait déjà de l'emploi et on récupérerait de l'argent sur les transports.
- ✿ On est sur un plan très ambivalent, en tout cas moi je me garderai bien de l'évoquer dans une discussion nationale et même avec l'ARH.

- ☀ Quand vous savez que parfois le transporteur prend deux patients et facture deux fois le transport !
- ☀ Par contre, avoir une cartographie sur les tendances je crois que c'est possible. Si vous avez 40 % d'activité de centre aujourd'hui, vous avez en termes d'équilibre économique moins de difficultés que si vous n'avez pas de centre. L'image de la dialyse qui est un secteur qui ne vit pas trop mal est tout à fait différente selon l'activité pratiquée et je pense que l'on pourrait avoir peut-être une tendance ou la cartographie des éléments.
- ☀ Une question pour Monsieur CAUSSE. Est-ce que vous avez une idée de ce que représente la dialyse associative en termes d'euros dans les dépenses de la Sécurité Sociale ?

Monsieur David CAUSSE

On est à moins de 1 % sur un montant total de 170 milliards d'euros.

J'adhère à cette méthodologie scientifique que vous avez énoncée. Avec Marion nous allons décanter tous ces éléments-là. On va voir comment on peut répondre en tout cas à l'interpellation de Madame BACHELOT sur un raisonnement médico-économique qui justifie le « coup de pouce » du hors centre.

Retenons bien l'intérêt du travail monographique que l'on évoquait tout à l'heure.

Savoir quel serait le véritable schéma médico-économique qui conjugue l'intérêt du patient, une cohérence pour les opérateurs et une visibilité pour l'Assurance Maladie, est un sujet important. C'est un sujet qui ne peut passer que par une structuration collégiale du travail, qui ne peut pas se fabriquer comme ça en assemblant quelques arguments.

3^{ème} point de l'ordre du jour :

Dr Raymond FRAYSSINET

On devait procéder au renouvellement du Conseil d'Administration. Comme il n'y a eu aucune candidature, que les statuts normalement limitent les mandats à deux successivement, je pense qu'il faut reporter ce point à la prochaine Assemblée Générale. Ce cas de figure s'est déjà produit à l'issue de la présidence de Monsieur FAITOT. Pour qu'il y ait légitimité du bureau et du Conseil d'Administration actuel il faut le prolonger jusqu'à la prochaine Assemblée Générale qui aura lieu vers mars/avril, en tout cas avant l'été prochain.

Proposition adopté à l'unanimité.

Reprise à 14 h 00

Incidence de la loi HPST pour les associations de dialyse (Maître Maxence CORMIER)

Dr Raymond FRAYSSINET

Nous allons pouvoir commencer la cession de l'après-midi.

Maître Maxence CORMIER va nous parler des conséquences de la loi HPST sur le fonctionnement de nos associations. Il avait déjà présenté le projet lors de la précédente réunion.

Maître Maxence CORMIER

Je vous propose de voir quatre points principaux. Dans la loi HPST, on peut considérer que pour les associations de dialyse il y a quatre éléments importants qui risquent d'avoir un impact direct :

- la question de savoir si les associations de dialyse souhaitent être reconnues comme étant des établissements de santé privés d'intérêt collectif,
- les modalités d'exercice médical, non seulement dans les associations de dialyse mais plus largement dans les structures hospitalières publiques et privées puisque, à mon avis, cela va changer assez largement les règles du jeu, notamment avec la possibilité pour l'hôpital public de recruter sur contrat des médecins et de recruter des libéraux sans limite de temps. On comprend bien qu'en matière de dialyse, compte tenu du fait que la rémunération se ferait avec une partie site et une partie indexée en fonction de critères qualitatifs et quantitatifs – il n'y a rien de plus facile à quantifier que l'activité de dialyse,

- le nouveau décret sur les GCS et le texte sur les CHT (Communauté Hospitalière de territoire),
- les modalités d'association des structures de dialyse ou du renouvellement des modalités d'association des structures de dialyse ou de coopération avec l'hôpital public. Si l'association de dialyse fait le choix du statut des ESPIC, on verra qu'elle a un mode privilégié et exclusif par rapport aux autres coopérations avec l'hôpital public.

Je ne sais pas si vous souhaitez aborder d'autres points ? C'est une loi qui fait plus de 130 articles, qui en modifie près de 600 dans le Code de la Santé Publique. On attend 145 décrets d'application dont quelques uns sont déjà soumis à concertation. On va avoir une ordonnance qui va être publiée sur l'ARS. On peut aborder rapidement si vous le souhaitez les ARS – qui font déjà 660 pages - avec un décret d'application de l'ordonnance qui en fait 400.

La loi HPST n'est que la partie émergée de l'iceberg et le reste à venir est assez considérable.

La première question qui se pose parce que c'est un projet qui a été porté brillamment par la FEHAP, est de **savoir si les associations de dialyse ont intérêt à se voir reconnaître la qualité d'établissement de santé privé d'intérêt collectif.**

Le contexte est le suivant : au moment de la préparation du projet de loi HPST en juin 2008, la FHP avait sollicité du ministère une modification, une révision du contrat de concession pour l'exécution du service public qui est le mode de coopération service public réservé au secteur commercial. Il y avait deux objectifs : le premier, la possibilité d'accueillir des internes et participer à la formation des étudiants en médecine, voire des externes le second, que des praticiens hospitaliers puissent venir exercer au sein des établissements privés commerciaux concessionnaires.

Le ministère a trouvé l'exercice difficile et poussé par Matignon et l'Elysée, s'est dit qu'il n'y avait aucune raison de toucher la concession sans toucher au reste. Le ministère s'est dit : « on revoit complètement les modalités de coopération des établissements privés au service public hospitalier. On va toucher à la participation du Service Public Hospitalier (les PSPH), à la concession et aux accords d'associations qui n'étaient pas très nombreux mais qui commençaient à se développer. »

Le résultat au final est très simple : vous n'avez plus de service public hospitalier. La loi du 21 juillet 2009 supprime le service public hospitalier de la façon la plus simple : le terme Service Public Hospitalier disparaît totalement de la loi et corrélativement, du Code de la Santé Publique.

Pour deux raisons : la première parce que le ministère a exfiltré les soins de la définition de service public. La loi du 31 décembre 1970 avait dit : « *Le service public assure les actes de diagnostic, de traitement et de soins aux malades, aux blessés, aux femmes enceintes avec ou sans hébergement, court séjour, moyen séjour, long séjour, réanimation et psychiatrie.* »

Sauf que la loi de 1991 a créé la notion d'établissement de santé – qu'il soit public ou privé – et avait pris le même critère de définition : « *Les établissements de santé publics ou privés assurent des actes de diagnostic, de traitement et de soins...* ».

Ce qui fait que l'on se retrouvait dans une situation paradoxale : l'activité de service public hospitalière était définie par le soin, et tout établissement de santé qu'il participe ou non au service public était aussi défini par la même définition de soins.

Donc, soit il fallait retrouver une nouvelle définition du service public hospitalier, soit il fallait la supprimer, le plus simple étant incontestablement la suppression pour la raison que les missions de soins ne sont plus des missions de service public.

Sauf, si elles visent des populations particulières : les détenus, les personnes en situation de rétention administrative et les personnes hospitalisées sous contrainte en hospitalisation d'office ou hospitalisation à la demande d'un tiers. Le reste des activités de soins n'est plus une mission du service public.

Soigner n'est pas une mission de service public.

Cela a deux conséquences :

La première est qu'en exfiltrant les soins des missions de service public, le législateur a recentré l'exercice des missions de service public sur 14 catégories de mission. Il y a 4 missions qui sont des prises en charge de patients particuliers (les détenus, les retenus, les hospitalisés sous contrainte, les jeunes délinquants en foyer médico-judiciaire) et puis des missions transversales qui sont l'enseignement, la recherche, l'éducation thérapeutique, la participation à la prévention, les actions de santé publique, la permanence des soins et les soins palliatifs.

Le résultat c'est qu'on a une nouvelle liste de missions de service public, beaucoup plus réduite qu'auparavant et grande nouveauté, on a un nouveau régime d'attribution, de délégation des missions

de service public - le ministère l'a confirmé et dans le projet de décret qu'on a eu il y a quelques jours – on est sur une délégation de service public.

C'est-à-dire que le Directeur Général de l'ARS fera un appel à candidatures – un peu le régime d'autorisation tel qu'on le connaît aujourd'hui. Il y aura des fenêtres avec un appel à candidatures, des mesures de publicité et des candidats pour exercer telle ou telle mission de service public. Sachant que si dans un territoire de santé il n'y a pas de candidat pour telle ou telle mission de service public, il attribuera unilatéralement la mission de service public à tel ou tel établissement.

Petite évolution : peuvent assurer des missions de service public aussi bien des établissements de santé que des groupements de coopération sanitaire, que des centres de santé, le Service de Santé des Armées, les Invalides, plus les professionnels qui exercent dans ces structures.

On a un élargissement des personnes qui sont susceptibles d'exercer les missions de service public par rapport à ce que l'on avait avant.

C'est le cadre d'exercice des missions de service public. Si la loi tue le service public hospitalier elle en réaffirme les garanties (ce que l'on appelait avant les obligations de service public), elle impose pour toutes les missions des établissements publics de santé le fait qu'ils respectent des garanties de service public qui sont : la continuité des soins, l'égalité d'accès aux soins et notamment l'égalité d'accès financier (c'est-à-dire tarifs opposables, pas de dépassement d'honoraires secteur I, tarifs opposables dans le cadre des forfaits).

Seront soumis à ces garanties de service public, tous les établissements qu'ils soient publics ou privés qui accueillent des patients en urgence (et non pas dans un service d'urgences).

Seront soumis à ces garanties de service public, tous les établissements qui auront reçu par délégation ou par attribution l'exercice d'une mission de service public. Dans le cadre de cette mission de service public, ils seront soumis aux garanties du service public.

Il y a une quatrième catégorie – c'est la première phrase de la loi du 21 juillet 2009 – qui est la **création des ESPIC** (Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif). C'est une création à l'initiative de la FEHAP : lorsque le ministère a annoncé en juillet 2008 qu'on supprimait les PSPH (Participation au Service Public Hospitalier), la FEHAP est allée voir le ministère en disant : « *Vous savez que ce n'est pas simplement une catégorie comme ça, il y a un régime juridique derrière. C'est l'échelle T2A publique quand ils sont en MCO, c'est la possibilité d'accueillir des médecins, c'est la soumission à une obligation de projet d'établissement, c'est le PAD, etc.* » Réponse : « *On n'y avait pas pensé* ». Le ministère, dans sa grande sagesse, a proposé la création de la catégorie des ex-PSPH – formule ô combien moderne – et la FEHAP a dit : « *C'est gentil votre ex-PSPH mais on aimerait bien plus et mieux.* » Le ministère a demandé : « *Que proposez-vous ?* ». A été proposée, après nombre de débats, la notion d'Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif, « ESPIC ».

L'Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif est un établissement de santé, une structure qui assure des actes de diagnostic, de traitement et de soins – donc une association de dialyse potentiellement – qui est gérée par une personne morale poursuivant un but non lucratif – soit une association, soit une fondation, soit une mutuelle, soit une congrégation religieuse – et qui, unilatéralement, s'engage pour l'ensemble de ses missions à respecter les garanties de service public que sont la continuité, l'égalité, l'accessibilité financière et la mutabilité. Cela veut dire que l'établissement s'engage de lui-même, par une déclaration auprès de l'ARS qui sera formalisée dans son contrat d'objectifs et de moyens, à respecter les garanties de service public.

Pour une association de dialyse, cela ne change rien par rapport à ce qu'elle fait aujourd'hui, sauf que c'est une reconnaissance.

Il y a deux choses, il y a un côté affichage et la naissance d'une notion juridique nouvelle. Le côté « affichage », c'est que le ministère voudrait limiter les ESPIC à une espèce de label, une dénomination. **Avant, il y avait les cliniques et les hôpitaux ; maintenant il y a les établissements publics de santé, les établissements de santé privés et les établissements de santé privés d'intérêt collectif.**

La première phrase du premier article de la loi du 21 juillet 2009 est : « *Les établissements publics de santé, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les établissements de santé privés assurent des missions de soins, etc.* »

Le ministère voudrait le cantonner au label parce qu'il ne voudrait pas qu'il y ait un régime juridique propre aux ESPIC. La FEHAP travaille pour qu'il y ait une reconnaissance plus large, d'autres avantages liés à la qualité d'ESPIC. Mais on a déjà comme régime juridique propre aux ESPIC deux choses : les ESPIC sont les seules structures qui se voient reconnaître la possibilité d'accord d'association au fonctionnement du service public avec un établissement public de santé, c'est-à-dire

exercer ensemble une mission de service public avec comme contrepartie directe, et qui n'est pas neutre parce qu'on vient d'avoir un arrêt du Conseil d'Etat qui vient de le réaffirmer et qui ferait qu'à mon avis un certain nombre d'associations de dialyse pourrait se faire gentiment non pas délocaliser mais sortir du domaine public. Cet arrêt dont on attend le texte a expliqué que dans une activité - qui n'était pas la dialyse – dès lors **qu'un établissement de santé privé avec ou sans but lucratif s'implantait sur le domaine public de l'hôpital pour exercer une activité qui était exercée elle-même dans l'hôpital, il n'y avait pas de motif d'intérêt général et il ne pouvait pas y avoir d'occupation privative du domaine public.**

Toute association de dialyse disposant d'un centre, d'une UDM, d'une auto-dialyse implantée sur le domaine public de l'hôpital, voilà ce qui pourrait lui arriver !

Comme la FEHAP avait vu la chose venir, on a dit : « *Si on est ESPIC, on a la possibilité de passer un accord d'association au service public avec, soit un établissement public de santé, soit demain quand elles seront constituées des communautés hospitalières de territoire.* »

L'exposé des motifs de l'amendement parlementaire a été fait de telle manière que c'est pour exercer ensemble des missions d'intérêt général. Qui dit « *exercer ensemble des missions d'intérêt général* » dit : « *J'ai mon fondement juridique, j'ai mon critère juridique qui va me permettre de m'implanter sur le domaine public quand bien même j'exerce la même activité qu'un hôpital.* »

Discussion avec l'Assemblée

- Si c'est une association de dialyse implantée dans un hôpital qui ne pratique pas de dialyse, le cas de figure ne se pose pas ?
- Le cas de figure ne se pose pas encore.
- C'est la dialyse, qu'elle que soit la modalité ?

Maître Maxence CORMIER

Pour faire simple, si vous êtes sur le site d'un Centre Hospitalier et que ce Centre Hospitalier est autorisé pour le traitement d'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale, pour la dialyse, selon l'une des différentes modalités, et que l'association est autorisée pour la même activité de soin, que ce soit dans la même ou dans une autre modalité, va se poser très vite la question de savoir si je peux rester sur le domaine public de l'hôpital.

Quand on s'entend bien, parce qu'on s'entend nécessairement bien avec l'hôpital public, il n'y a pas de problème, mais quand les relations deviennent conflictuelles, ça peut poser un problème.

Tout d'abord, il faut que l'arrêt soit diffusé et que l'hôpital public s'en saisisse. L'avantage de la qualité d'ESPIC c'est qu'on a l'accord d'associations. Cet accord d'associations est une reformulation des conventions de coopération que vous avez avec les hôpitaux. C'est bien l'exercice d'une mission de service public. Comme le soin des permissions de service public, il faudra mettre l'accent sur l'éducation thérapeutique, il faudra mettre l'accent sur la permanence des soins, il faudra mettre l'accent sur telle ou telle chose... Pas le soin en tant que tel puisque le soin n'est plus une mission de service public mais ça reste une mission d'intérêt général bien entendu !

L'avantage de ce système-là est qu'on a un accord d'associations. Vous pouvez renommer sans changer quasiment une ligne aux conventions de coopération telles qu'elles avaient été faites sur le modèle alors proposé il y a quelques années par la Conférence, et vous avez un titre juridique démontrant que vous exercez ensemble une mission de service public. Exerçant ensemble une mission de service public, ou une mission d'intérêt général plus largement, vous avez une sécurité juridique pour les occupations privatives du domaine public.

Discussion avec l'Assemblée

- Je voudrais revenir sur les PSPH. Cette notion de Participation au Service Public Hospitalier a disparu, mais est néanmoins rétablie avec les établissements qui assuraient certaines missions du service public comme la continuité des soins ?

Maître Maxence CORMIER

Oui et non !

La catégorie d'établissements de santé privés à but non lucratif participant au service public hospitalier reconnu par arrêté... Il n'y en aura plus de nouveau. Ceux qui le sont aujourd'hui le restent. Il y a un grand débat pour savoir jusqu'à quand. Je ne sais pas si vous avez lu la loi mais dans le régime transitoire, cela renvoie à deux dates : soit à la signature du prochain COM, ou à la date de convergence, donc probablement jamais !

Or, le Ministère de la Santé vient de découvrir que dire que c'était à la signature du prochain COM. ça veut dire que ça va être au plus tard dans les six mois suivant la publication des nouveaux schémas par les ARS, c'est-à-dire en gros dans deux ans, et qu'on aurait d'un seul coup 770 établissements sous échelle T2A publique qui basculeraient en échelle T2A privée. Sous entendu, ils feraient la convergence mais pas avec le public, uniquement avec les privés non lucratifs PSPH. Pour les entrées, il doit être de l'ordre de 6 à 700 millions d'euros quand même ! Dans le contexte actuel, il n'y a pas de petites économies.

La grande question va être de dire : « *C'est la date de la convergence ou ce n'est pas..* »

Discussion avec l'Assemblée

- Certaines associations de dialyse s'étaient occupées de l'opportunité de déposer un dossier pour obtenir l'agrément PSPH. C'est toujours d'actualité, c'est toujours possible...

Maître Maxence CORMIER

Non, il n'y a plus de création... La catégorie de PSPH a disparu le 22 juillet.

Discussion avec l'Assemblée

- J'ai bien compris mais c'est une mission particulière.

Maître Maxence CORMIER

Non, c'est autre chose. C'est ce que je vous disais tout à l'heure : « *Est-ce qu'il faut candidater pour exercer des missions de service public* » ?

Discussion avec l'Assemblée

- Est-ce que les associations ont intérêt à le faire ?

Maître Maxence CORMIER

La permanence des soins, vous la faites.

Le seul danger de dire : « *Je veux assurer la permanence des soins* », c'est que vous savez qu'en vertu de l'article L-6122-7 du Code de la Santé Publique, au moment du renouvellement d'une autorisation, l'ARH a la possibilité d'exiger une coopération en matière de permanence des soins. C'est-à-dire de conditionner le renouvellement de votre autorisation de traitement de l'insuffisance rénale chronique au fait que vous vous engagiez à coopérer pour assurer notamment la permanence des soins. Simplement, si on vous demande de coopérer avec l'hôpital public pour faire la permanence des soins, il n'y a plus qu'une seule solution : c'est le GCS.

En demandant à exercer la mission de service public de permanence des soins sur un territoire de santé donné, il y a de grandes chances pour que l'ARH vous dise : « *Oui, mais vous le faites en coopération avec les PH des centres hospitaliers environnants* » et comme le seul moyen de faire venir un PH dans une association de dialyse et un salarié à l'hôpital tout en restant salarié et pas comme attaché c'est le GCS, ça veut dire que de fait, en demandant la mission de service public, vous demandez la création d'un GCS de moyens.

Discussion avec l'Assemblée

- Est-ce que ce n'est pas préférable de ne rien demander du tout, ne participer à aucune mission de service public et pas à la continuité des soins, et se voir après refuser une autorisation au motif que la continuité des soins n'est pas assurée.

Maître Maxence CORMIER

Il ne faut pas confondre deux choses. Si vous regardez les missions de service public qui peuvent intéresser les associations de dialyse, à mon avis il n'y a pas les détenus, etc. En gros, il y en a 4 et je finirai par la pire à la fin qui est la permanence des soins.

La première, c'est **l'éducation thérapeutique** : la dialyse est avec la cancérologie une des activités où on est le plus avancé dans les programmes, dans la formation pour l'éducation thérapeutique. Incontestablement, avec une avance assez énorme sur d'autres disciplines, sachant quand même que dans le budget de Sécurité Sociale de l'année dernière qui n'a pas été dépensé il y avait 1 milliard d'€ pour l'éducation thérapeutique. Sur le milliard d'€, il y a 450 millions versés aux CHU.

Il y a la **participation à l'enseignement** : rien n'empêche les structures de dialyse d'accueillir des internes, mais aussi des élèves infirmières, etc. Ca existe déjà ! Sauf que vous n'êtes pas payés pour ça, car ce n'est pas formalisé.

Il y a toutes les **missions de santé publique** : c'est tellement large « santé publique ». On verra avec les schémas régionaux de la prévention sur lesquels on peut éventuellement candidater.

Reste la **permanence des soins**. Qu'est-ce que c'est ?

Discussion avec l'Assemblée

- C'est assurer les soins 24/24 heures.

Maître Maxence CORMIER

Je vous rappelle qu'en faisant de la dialyse, vous êtes déjà tenus de le faire !

La permanence des soins, c'est d'assurer une permanence telle qu'elle est entendue dans la loi, soit pour les soins de ville – ce qui ne vous concerne pas – soit hors votre établissement.

C'est-à-dire qu'en gros vous acceptez que vos médecins, vos infirmières assurent des gardes et/ou des astreintes en dehors de votre seul établissement.

Sinon, par les autorisations que vous avez, vous êtes déjà tenus d'assurer la permanence des soins.

Donc, vous ne ferez pas reconnaître une mission de service public pour faire quelque chose qui est une des conditions de délivrance et de maintien de votre autorisation sanitaire.

Mais ça peut être d'avoir sa « fameuse » infirmière de garde de DP.

Vous me direz, le développement de la DP, ce n'est pas gagné !

On voit très bien que cela veut dire : rentrer dans cette mission-là, veut dire que vous souhaitez que vos médecins assurent la permanence des soins pour les voisins. Où que vous bénéficiiez aussi de la permanence des soins des praticiens des voisins.

Mais attention, si c'est fait avec du public, c'est obligatoirement dans un GCS.

Vous me direz que ce n'est pas grave, que c'est un GCS de moyens puisqu'on est sur la permanence des soins, mais une fois qu'on a mis le doigt, je ne suis pas certain qu'au moment du renouvellement de l'autorisation on vous dise : « *Regardez, ce GCS de moyens, il marche bien. Vos médecins s'entendent bien. Allez, on va mettre les autorisations dedans.* »

Je vous rappelle que c'est le « coup » qu'on a fait à une association de dialyse du Sud de la France sur la DP. On leur a dit : « *Vous allez faire un GCS de DP* » et le GCS est titulaire de l'autorisation.

Discussion avec l'Assemblée

- La DP était gérée par un établissement qui dépendait de la CRAM locale.

Maître Maxence CORMIER

C'était un établissement GCAM.

Du jour où la loi a été publiée, ce GCS est devenu un établissement de santé autonome.

C'est pour ça qu'il est tentant de demander la mission de permanence des soins dans des territoires de santé où les recrutements sont difficiles, où les équipes sont petites, où il est difficile de permettre aux néphrologues de partir en vacances, de partir en formation, de partir en congrès, etc.,

Moi j'aurais tendance à dire : « *Sauf nécessité, parce que je ne suis déjà pas à même d'assurer moi-même la permanence des soins pour mes propres patients, j'attendrai de voir comment ça va se passer avec les ARS dans d'autres disciplines avant d'aller donner l'idée aux ARS de le faire chez moi* ».

On voit bien que c'est un glissement !

Pour exemple : en région PACA, peut-être que cela changera avec la nouvelle directrice générale d'ARS à venir mais on a dit à des établissements : « *Le renouvellement de votre autorisation ou votre nouvelle autorisation de cancérologie – parce qu'ils ont un nouveau régime comme vous vous avez eu un nouveau régime en 2002 – ce n'est pas vous qui l'aurez ! Vous faites un GCS ! C'est marqué ! Votre demande est rejetée, vous pouvez poursuivre l'activité pendant trois mois. Vous avez trois mois pour faire un GCS établissement de santé avec le Centre Hospitalier d'à côté !* »

Discussion avec l'Assemblée

- C'est pour éviter le risque par exemple que dans une région une clinique privée qui assure la permanence des soins et qui est en concurrence sur un projet avec une association,

revendique le fait qu'elle fournit la permanence des soins et pas le secteur associatif. Et donc, que l'on donne l'autorisation à la clinique et pas au secteur associatif.

Maître Maxence CORMIER

Concernant ce risque-là, vous avez un excellent paratonnerre avec la notion d'ESPIC.

Pour en revenir à l'ESPIC et ce que je vous disais tout à l'heure : vous l'êtes, de fait vous l'êtes tous !

La question qui se pose est de savoir si je veux passer du fait au droit ? Est-ce que je veux aller faire la déclaration ?

Aujourd'hui ça me permet deux choses :

1. D'accueillir des internes. Intérêt ? Pas intérêt ? Ca peut être intéressant !
2. D'avoir mon fameux accord d'association au service public.

Et derrière, sans révéler un secret d'état et sous le contrôle de la représentante de la FEHAP : aujourd'hui, on travaille avec la FEHAP pour essayer d'asseoir ce régime juridique et de l'enrichir. Il est quand même marqué dans le texte – même si ce n'est pas formulé exactement de cette façon mais c'est très clairement mis dans les travaux parlementaires – que pour l'exercice d'une mission de service public, les établissements publics et les ESPIC sont prioritaires.

L'avantage, et c'est ce qu'à réussi la FEHAP, c'est d'avoir d'un côté un système PSPH qui était quand même un régime juridique que je qualifierais de « para-public ». Là, la qualité d'ESPIC, c'est non seulement ce qui était PSPH – alors ceux-là le sont sauf déclaration contraire – mais aussi tous les non-lucratifs qui n'étaient pas PSPH, c'est-à-dire la moitié des non-lucratifs qui peuvent le devenir !

Et là, il y a enfin quelque chose qui, dans un premier temps peut être considéré comme un label. Les parlementaires et la Ministre ont été emballés. C'est quand même une des rares dispositions sur laquelle il y a eu un vote unanime aussi bien de la majorité que de l'opposition, les socialistes, les communistes, les verts, même le MODEM. Tout le monde était d'accord ! Toutes les couleurs de l'échiquier politique du bleu jusqu'au rouge ont été d'accord pour ça et c'est un excellent levier pour obtenir un régime juridique derrière.

Le régime juridique, c'est quoi ? Ca va être priorité aux choses que l'on peut demander pour les MIG, ça veut dire échange de praticiens, c'est un mode alternatif au GCS. Si je suis ESPIC, les PH peuvent venir travailler chez moi et pas dans les deux demi-journées d'intérêt général qui de toute façon sont vouées à la disparition. Non ! Ils peuvent venir exercer !

Le résultat, c'est d'avoir un certain nombre d'avantages liés à la non-lucrativité. En gros d'expliquer : *« J'ai une gestion privée mais j'assure mieux que certains établissements publics qui ont une mission de service public. »* Après je vais avoir nombre d'avantages ou en tout cas de particularités juridiques.

Discussion avec l'Assemblée

- Est-ce qu'au niveau européen il y a ce genre de statut juridique ? parce que c'est un peu ça aussi nos associations. Elles n'existent pas dans les autres pays.
- Vous avez quand même le secteur non lucratif en dialyse qui existe ailleurs. Prenez les allemands ! C'est exemplaire même, sauf que c'est un mastodonte !
- Donc, ce statut peut nous aider aussi à être reconnu ?

Maître Maxence CORMIER

Je pense que l'autre avantage de ce statut, c'est pour les ESPIC de retarder la fiscalisation.

Le seul caractère non lucratif ne justifie plus en droit européen un régime fiscal particulier. Simplement, au regard du droit communautaire, c'est de la compétence propre de chaque état membre. Donc, le droit communautaire dit : *« Moi, je ne dis rien, sachez qu'en droit communautaire ça ne peut pas se justifier. »* Le régime fiscal est déterminé par chaque état membre.

Est-ce qu'on va avoir à un moment ou à un autre un risque fiscal ? Sans révéler un secret d'état, ce n'est pas dans le secteur sanitaire mais dans le secteur médicosocial commercial que l'on commence très, très sérieusement à se demander comment faire sauter la défiscalisation ou l'absence de fiscalité du secteur médicosocial à but non lucratif.

On a les mêmes clients, on a les mêmes tarifs, on a les mêmes autorisations, on a les mêmes conventions tripartites.

Pourquoi pas la même fiscalité ?

Et d'ailleurs le secteur privé commercial a réussi un coup de génie sur l'établissement social et médicosocial privé d'intérêt collectif, parce qu'avec une pression qui est allée à l'Elysée – c'est l'Elysée qui a tranché et je pense même que c'est le Président de la République qui a tranché sur cette question-là – les groupes comme KORIAN et RPA ont réussi à obtenir qu'aussi bien les structures sans but lucratif que les structures à but lucratif pouvaient être reconnues comme établissement privé social ou médicosocial d'intérêt collectif.

Initialement, la FEHAP avait proposé un service national de santé privée. Le Ministère a dit que cela ressemblait au National Service et qu'il ne voulait pas en entendre parler. L'idée était qu'il y avait un parallèle des deux notions : les établissements de santé d'intérêt collectif et les établissements sociaux et médicosociaux privés d'intérêt collectif. Le critère organique étant qu'il fallait qu'ils soient à but non lucratif, le critère matériel – c'est-à-dire les missions – devait respecter les garanties de service public.

Donc, la première notion : est-ce qu'il faut devenir établissement social ou médicosocial ? Est-ce qu'il faut devenir ESPIC ?

On apporte la réponse en se posant la question : « Qu'est-ce que je risque en devenant ESPIC ? »

D'abord, j'en fais la déclaration. A tout moment je peux revenir dessus, je peux revenir en arrière.

Discussion avec l'Assemblée

- On peut revenir en arrière une fois qu'on a été autorisés ?

Maître Maxence CORMIER

Vous n'êtes pas autorisés.

La FEHAP s'est battue très fort parce que, au départ, dans le texte sur les ESPIC il y a trois catégories d'ESPIC :

- L'ESPIC par définition de la loi : ils ne peuvent rien faire contre, ils sont ESPIC. Ce sont les centres régionaux de lutte contre le cancer.
- Il y a les ESPIC en absence d'opposition : ce sont les PSPH. Un établissement PSPH est ESPIC au jour de la publication de la loi, sous réserve qu'il ne dise pas : « *Je ne veux pas l'être* ». Il n'y a d'existants que les PSPH qui existaient avant le 21 juillet dernier.
- La troisième catégorie : les purement volontaires. La question qui se pose derrière c'est : « *Est-ce que je dois l'être, est-ce que je dois rentrer dedans ?* » Vous n'avez rien à perdre ! Il y a même tout à gagner ! Sachant que si ça tourne mal... Le Ministère a très peur parce qu'il s'est dit : « *On a créé un monstre qu'on ne va pas pouvoir maîtriser* » et puis les Parlementaires adorent l'ESPIC, de gauche comme de droite, Sénateurs comme Députés. Ils aiment l'idée, ils aiment le concept, ils aiment le retour aux sources et notamment ceux de la majorité qui aiment le concept : 1) Je suis géré avec des règles de droit privé (comptabilité, droit du travail, etc.) et 2) Je respecte les garanties de service public.

On sait que les amendements FEHAP auront, sauf opposition majeure du gouvernement, de grandes chances de passer sur une évolution du statut d'ESPIC.

Donc, oui, il faut faire la déclaration !

Est-ce qu'on peut la faire tout de suite ? La réponse est « oui ». On peut la faire tout de suite. On doit la faire au Directeur Général de l'ARS, mais le régime transitoire prévu par l'article 130 de la loi prévoit bien que les 24 premiers articles de la loi, les compétences attribuées au Directeur Général d'ARS sont exercées en attendant leur nomination par les directeurs de l'ARH.

Donc, d'ores et déjà, on peut faire une déclaration.

J'aurais tendance à dire qu'il faut voir avec la FEHAP s'il n'y aurait pas intérêt à faire un jour de déclaration comme il y a les enquêtes à jour fixe, que tous les établissements qui souhaitent devenir ESPIC en fassent la déclaration à leur ARH le même jour ou la même semaine.

Je pense que 1) Cela aurait une certaine efficacité et 2) Cela déclencherait un certain mouvement dans les agences.

Il n'y a strictement rien à perdre et ce serait symbolique.

Voilà les avantages !

Très honnêtement, c'est le début ! C'est le début parce qu'avait été proposé au Ministère un régime juridique beaucoup plus détaillé. C'est même le Ministère qui a porté au final l'accord d'association.

Donc, première question à se poser : « *Est-ce que j'ai quelque chose à perdre* » ? RIEN. « *Est-ce que j'ai quelque chose à gagner* ? » OUI.

Est-ce que sur l'ESPIC vous avez des questions ?

Discussion avec l'Assemblée

- Une question, non pas pour les associations de dialyse mais pour les établissements MCO-PSPH qui deviennent ESPIC. Quelle grille tarifaire s'applique à eux ?

Maître Maxence CORMIER

Pour l'instant, que les choses soient claires, la catégorie d'ESPIC dépasse le clivage tarifs publics/tarifs privés.

Il reste ex-PSPH tout en étant ESPIC soumis à la dotation globale.

La seule chose est que pour les ex-PSPH c'est le paragraphe XX de l'article 1^{er} qui dit : « *Les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la présente loi – donc les PSPH – peuvent continuer d'exercer dans les mêmes conditions les missions pour lesquelles ils ont été admis et celles prévues par leur contrat pluriannuel... jusqu'au terme de ce contrat OU au plus tard jusqu'à la date mentionnée au cinquième de l'article 33 de la loi du 18 décembre 2003* » – et la date est celle de la convergence tarifaire.

Aujourd'hui c'est 2012 parce que même si la Ministre s'est engagée elle n'a pas changé la loi, mais a priori dans le vote de la loi HPST on devrait être à 2018. Il semblerait qu'on arriverait à être à 2014 parce que les Sénateurs voudraient que ce soit 2014.

Mais là, la question va se poser.

L'un des enjeux - et la FEHAP y est ultra-sensibilisée - c'est qu'il ne faudra pas que l'on remplace pour les ex-PSPH la date de la convergence par la signature du prochain communiqué. Parce que sinon ils passent de T2A échelle publique à T2A échelle privé.

Discussion avec l'Assemblée

- Tout à l'heure vous avez dit qu'il y a les ESPIC de fait ! Mais pourquoi faire une déclaration alors ?

Maître Maxence CORMIER

Parce qu'il y a un moment où il faut savoir se faire reconnaître ses qualités. Vos défauts, on les connaît ! Evidemment que vous avez des défauts. Pour le Ministère, vous avez trois défauts :

- Vous êtes moins pauvres que les autres. Vous noterez que j'ai pris une formulation plus neutre ! « *Ca dépend desquels !* Je suis d'accord.
- Deuxième défaut, qui est tout à fait injuste mais on entend partout, aussi bien dans le privé que dans le secteur public : les associations de dialyse ont le don pour « bouffer la laine sur le dos du mouton », le mouton étant la PUI de l'hôpital public, étant les praticiens hospitaliers de l'hôpital public, etc. C'est le discours que l'on entend, y compris au Ministère de la Santé. Après, on peut dire : « *Ce n'est pas vrai* » mais il faut savoir que c'est un discours que l'on entend, et c'est un discours quasi unanime. Après, on peut faire l'autruche et s'enterrer.
- La troisième chose, qui est vraie, c'est que les associations de dialyse travaillent bien et sont les seules à faire une activité... Ca agace parce que c'est pris comme comparaison, parce que vous assurez une activité diversifiée selon les différentes modalités, que vous assurez la proximité et que le résultat est que cela a un peu la réputation de « chevalier blanc ».

C'est vrai que vous avez un certain nombre de responsable d'associations de dialyse qui savent rappeler régulièrement : « *Nous, on fait tout partout* », ce qui est considéré pour certains comme étant un défaut.

Donc, il est bien évident que derrière se pose la question.

L'ESPIC, si on le fait de fait, il vient un moment où il faut savoir faire reconnaître ses qualités.

Je trouve - et je ne suis sûrement pas objectif sur l'ESPIC je vous l'accorde – qu'arriver à démontrer que d'un côté on est à but non lucratif, mais vraiment non lucratif... Quand vous regardez l'évolution de la comptabilité de l'hospitalisation publique, ce n'est plus ça ! Je vous rappelle quand même qu'on a un élargissement considérable des missions industrielles et commerciales dans les établissements de santé. Quand on arrive à dire que d'un côté on est vraiment à but non lucratif, que quand on fait des bénéfices on les réinvestit dans l'activité ou dans des diversifications d'activités et que quand les patients viennent chez nous ils ne déboursent rien, c'est pris en charge à 100 % mais il n'y a pas de dépassement d'honoraires – en principe parce qu'on n'a pas d'honoraires – qu'il y a une accessibilité territoriale, qu'il y a une accessibilité financière, qu'il y a une accessibilité à toutes les modalités de dialyse et bien, tout cela, il faut savoir le dire.

La logique de cette conférence comme la logique de la FEHAP a toujours été de faire reconnaître ses spécificités par rapport à d'autres.

Pourquoi se faire reconnaître ? Pour se faire consacrer son action, qui est à la fois de respecter les garanties du service public, mais cela s'appelle aussi les règles déontologiques. Savoir où s'arrête l'humanité d'un certain sens de l'intérêt général, tout en poursuivant un but non lucratif.

Discussion avec l'Assemblée

- Si on travaille avec des néphrologues libéraux, il faut qu'ils soient en secteur I.
- Oui, ou ils pourront être dans le secteur optionnel.
- Ce que l'on peut dire, c'est qu'il n'y a pas de problème entre le fait d'être ESPIC et le fait de travailler avec des néphrologues libéraux, dès lors qu'ils respectent le droit des honoraires...
- Non, puisqu'il a même été admis que les ESPIC pouvaient employer des libéraux.

Je crois qu'il ne faut pas raisonner par rapport aux médecins. Il faut raisonner par rapport à ce que cela coûte au patient.

- La question vient du statut des PSHP où le médecin était forcément installé.
- En principe, oui, mais il y avait des exceptions : Alsacienne, Provence Alpes Côte d'Azur aussi. L'Alsace-Moselle c'est le statut qui a toujours été dérogatoire.
- C'est l'activité qui déterminait le PSPH et non pas le gestionnaire.

Maître Maxence CORMIER

Tout à fait ! On peut faire le même reproche à l'hôpital public. Pour avoir lu dernièrement des statistiques de la CNAM, vous auriez entre 8 et 12 % des séances de dialyse faites à l'hôpital public dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers. Ce qui n'est pas neutre !

C'était le premier point.

Est-ce que sur ESPIC j'ai répondu aux questions ?

Discussion avec l'Assemblée

- Vous avez fait quand même des réserves sur le statut d'ESPIC quand il y a la coopération des soins.

Maître Maxence CORMIER

Non, non !

ESPIC est une qualité que j'ai à partir du moment où moi, association de dialyse, je fais la déclaration à l'ARH et je déclare que je m'engage à respecter les garanties du service public. C'est tout !

L'autre question qui a été posée en même temps par Monsieur DUBOIS était par rapport à PSPH qui est totalement indépendant. Il faudrait quasiment faire un schéma mais : vous aviez les établissements publics, les établissements PSPH (donc privés à but non lucratif) qui étaient sous DG (dotation globale) et qui sont toujours sous dotation globale en psychiatrie ou en SRR et qui sont en échelle T2A publique pour les activités MCO et puis, les autres établissements privés – ex-OQN – qui regroupaient aussi bien les établissements commerciaux que les établissements à but non lucratif non PSPH.

La notion d'ESPIC transcende ce clivage puisqu'elle permet d'abord au privé PSPH mais aussi au privé non lucratif non PSPH de se retrouver ensemble. C'est la troisième catégorie.

Mais ça n'a aucune conséquence sur la tarification puisque dans ma notion d'ESPIC j'aurai à la fois les ex-PSPH et les centres régionaux de lutte contre le cancer qui sont à l'échelle publique T2A et puis les ex-OQN qui sont à l'échelle privée T2A.

A côté de ça, on a maintenant la façon dont doivent être assurées les missions de service public. Le soin est exfiltré : ce ne sont plus des missions de service public sauf si on a des détenus, des personnes en rétention administrative, etc. Là, quelque soit la catégorie, que je sois public, que je sois ESPIC, que je sois privé non ESPIC, je peux candidater, par exemple à l'éducation thérapeutique et ce sera dans mon contrat d'objectifs et de moyens.

Mais, être ESPIC ne diminue en rien les chances, même au contraire. Dans le texte : « *on doit rechercher en priorité l'exercice de missions de service public* »... Alors, ce n'est plus « priorité » la formule c'est « recherche privilégiée » parce que « priorité » c'était jugé comme risquant d'être inconstitutionnel pour violation de principe d'égalité, mais qu'on soit public ou ESPIC on est privilégié pour se faire attribuer une mission de service public si on est candidat.

Donc, non, je ne vois aujourd'hui dans le régime actuel, aucune raison de ne pas devenir ESPIC.

Je n'y vois que des inconvénients à ne pas l'être et que des avantages à l'être et ceci pour une raison très simple : c'est que j'aurai plus que ce que j'ai aujourd'hui !

En l'état actuel des choses il n'y a aucun piège.

Discussion avec l'Assemblée

- J'aurai plus que ce que je pourrai perdre demain.
- En ne l'étant pas, c'est ça ? Je ne comprends pas la formulation. Il est évident qu'en étant moins pauvre que les autres vous êtes les premiers sur la liste.
- Donc, la notion d'ESPIC, on a intérêt de se déclarer ?

Maître Maxence CORMIER

Il faut le faire à titre individuel. Je n'en ai pas reparlé avec la FEHAP mais je pense qu'il serait bien que politiquement il y ait un jour ou une semaine pour la déclaration.

Discussion avec l'Assemblée

- Ca vaut pour les associations de dialyse mais également pour tous les établissements FEHAP.

Maître Maxence CORMIER

Pour tous les établissements à but non lucratif. Je vois mal un PSPH faire une lettre disant qu'il ne veut pas être ESPIC. Enfin, on ne sait jamais ! On en a déjà 770 qui sont ESPIC, le jour où le secteur privé à but non lucratif et la FEHAP pourront dire : « *Regardez, on a 1000 ESPIC en France.* » Je pense qu'il y aura un peu de monde à la conférence de presse.

Ce qu'il faut, c'est trouver le bon *timing* parce que comme dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale il y a des tentatives d'amendement pour améliorer encore et grossir le régime juridique.

Discussion avec l'Assemblée

- On a un délai ?

Maître Maxence CORMIER

Aucun délai.

Discussion avec l'Assemblée

- Il faut que ce soit entériné par le Conseil d'Administration ?

Maître Maxence CORMIER

Oui. Sous réserve des statuts de chacun c'est le Conseil d'Administration.

Discussion avec l'Assemblée

- Par contre, il faut essayer de faire ça ensemble effectivement.
- Oui.

Maître Maxence CORMIER

Politiquement, ça paraît évident. Qu'il y ait un jour donné !

Si l'on totalise ceux qui ne font pas la non-opposition et ceux qui font la déclaration, vous avez plus de 1000 établissements sanitaires qui un jour donné peuvent faire la déclaration.

En termes d'image, cela permet de marquer !

On en revient à la question qui était la question de l'exercice médical.

Je vais être un tout petit peu plus large pour commencer que la dialyse et les associations de dialyse pour deux raisons :

1. La loi HPST vous en avez tous entendus parler. On en parle pour deux choses :
 - a. le titre 1^{er} sur la nouvelle gouvernance hospitalière que l'on peut résumer par : « *Sauver l'hôpital public* »,
 - b. la partie ARS.

Mais il y a une partie dont on n'a pas du tout parlé et qui pour moi est la vraie rupture, la vraie évolution de cette loi parce que les ARS c'était attendu et la nouvelle gouvernance à mon avis ne sert à rien si ce n'est à diviser. Il s'agit de l'entrée de la médecine de ville et des soins de ville, y compris les paramédicaux, dans le régime de la régulation.

C'est-à-dire que les médecins libéraux, généralistes, spécialistes, l'ensemble des auxiliaires médicaux libéraux, les pharmaciens d'officine, les laboratoires d'analyses et de biologie médicale, les transports sanitaires, tout le secteur libéral va être soumis à régulation au même titre que ce que l'hospitalisation privée et publique a connu. Il y a une planification des soins de premier et second recours, donc en gros soins de médecine générale ou soins de médecine spécialisée – bien que cela soit un peu plus compliqué que ça – qui sont soumis à planification.

Je vous rassure, c'est comme pour le SROS de la première génération : « *Main sur le cœur, je vous jure, c'est purement indicatif, ça ne sera jamais opposable* ».

Même chose quand on a fait les schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale première génération : « *Main sur le cœur, rassurez-vous, c'est comme l'accréditation, c'est comme le PMSI, ça ne sera jamais sanctionné* ».

Et, à tous les coups, à la réforme suivante ça ne rate pas, c'est sanctionné.

Qu'est-ce qu'on a ? On a un Schéma Régional d'Organisation des Soins qui va remplacer le schéma de l'organisation sanitaire tel que vous le connaissez aujourd'hui.

Sur la partie hospitalière telle que vous la connaissez, ça ne change rien si ce n'est que les OQOS vont changer. Comment ? On ne sait pas encore exactement comment mais le texte a changé ; on ne parle plus d'Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins, on parle d'Objectifs de l'Offre de Soins et il semblerait que le mode de quantification évolue. L'idée manifestement du ministère étant que les OQOS soient fixés par territoire et non plus par établissement. Il y aura des OQOS territoriaux et les établissements d'un territoire se débrouilleront entre eux pour la consommation des OQOS.

Pourquoi s'embêter à donner des OQOS à des établissements alors qu'on peut les laisser s'entretuer ? Il y a un côté très Churchill, très guerre des Boers au Ministère de la Santé ! C'est diviser les tribus !

Mais autrement on aura le même régime de combativité avec les objectifs, etc. On a un contenu du schéma qui est, a priori, à peu près identique.

Il y a une deuxième partie du schéma qui va être réservée aux libéraux avec identification des zones déficitaires, identification des zones excédentaires et identification des zones qui pourront faire l'objet de mesures privilégiées : défiscalisation, aide à l'installation, etc.

L'idée est très simple, elle est de dire : « *La première génération je ne peux pas la rendre obligatoire, donc je vais identifier les zones et ensuite la génération suivante du schéma je la rendrai contraignante* » sachant que c'est très clairement marqué dans la loi : « *Si dans les trois ans suivant la mise en œuvre du nouveau schéma l'offre de soins de premier et de second recours n'est pas plus équilibrée, le Parlement sur rapport du gouvernement prendra une loi pouvant aller jusqu'à contraindre l'installation des médecins.* »

Il ne faut pas oublier que nous sommes passés à trois voix de l'autorisation d'installation des médecins. Une partie de la majorité UMP votait avec l'opposition pour qu'il y ait une autorisation

d'installation des nouveaux médecins. Ce n'est pas passé que parce que le Président de la Commission des Affaires Sociales à l'Assemblée Nationale, le Président de la Commission des Affaires Sociales au Sénat et la Ministre se sont engagés en disant : « *On fait une dernière fois l'essai de l'incitatif. Laissez nous le temps et si dans 5 ans ça ne marche pas on passera à un autre régime.* »

Pourquoi je vous parle de ça ? Parce que, parallèlement à cela, le ministère a souhaité doter le monde libéral d'outils spécifiques et notamment des pôles de santé. Je ne sais pas si vous en avez entendu parler. Je ne parle pas des pôles au sein des établissements publics de santé. C'est la possibilité reconnue aux libéraux, mais c'est ouvert aux établissements de santé privés à but non lucratif, aux ESPIC et aux médecins salariés de ces établissements et de leur centre de santé, de pouvoir exercer à l'échelon d'un territoire de santé ensemble les soins de premier recours et de second recours.

Si vous voulez, pour vous donner une idée de ce que c'est, c'est en gros un réseau de santé qui ne serait plus piloté par l'hôpital public mais piloté par les libéraux.

Le pôle de santé, c'est permettre aux libéraux de s'organiser entre eux tout en ouvrant à certains et notamment les privés à but non lucratif.

On sait très bien qu'à moyen terme les libéraux vont prendre une place considérable, notamment au sein des ARS.

Il ne faut pas oublier les instances hospitalières que vous connaissez : **le CROSS est supprimé pour être remplacé par la Conférence Régionale de Santé** et de l'Autonomie dans laquelle les établissements de santé vont représenter à peine 14 % des voix ou alors dans les Conférences Sanitaires de Territoire que vous connaissez un peu mais qui vont être largement ouvertes. L'idée est de dire qu'il y aura 1/3 pour les professionnels, 1/3 pour les représentants des usagers et les élus et 1/3 pour les établissements.

On voit très bien que le privé avec ou sans but lucratif peut avoir une tendance naturelle à s'entendre avec les libéraux. Or, il est souhaitable de s'entendre avec les libéraux dès lors que l'on veut faire de l'éducation thérapeutique, dès lors qu'on veut faire de la prévention, etc. C'est avec eux que cela se fera !

Là aussi, il y a une réflexion à avoir au sein des associations de dialyse. Quand je suis dans l'éducation thérapeutique, quand je suis dans la prévention, est-ce que je dois me limiter au rein ou aux maladies rénales ? Où est-ce que je dois ouvrir pour collaborer avec les pôles de santé ? Est-ce que je dois participer au financement et à la mise en œuvre des maisons de santé ? Les maisons de santé sont des lieux d'exercice pluridisciplinaire qui, comme leur nom l'indique, regroupent par exemple les infirmières, les kinésithérapeutes, les podologues, etc. et éventuellement l'autodialyse.

La maison de santé, c'est refaire ce qui a été fait au début des années 50, c'est-à-dire la base des petites cliniques MCO qui ont été construites au lendemain de la deuxième Guerre Mondiale mais en ne les limitant plus aux médecins, en ouvrant aux autres professionnels, y compris les auxiliaires médicaux.

Il y a une catégorie socioprofessionnelle qui est en train de prendre le pouvoir : ce sont les infirmières. Il n'y a plus une seule mission sur le système de santé, sur l'organisation hospitalière, qui ne soit composée sans qu'il n'y ait un représentant du Conseil de l'Ordre des Infirmières, sachant que dans certaines il n'y a pas de représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins.

Il y a vraiment quelque chose à faire. Le sens de l'avenir, à mon avis, c'est de redécouvrir le travail de collaboration avec les libéraux. Cela s'est fait naturellement pour les associations de dialyse qui se sont diversifiées sur l'HAD, mais cela doit se faire aussi sur la dialyse.

N'oubliez pas que dans ce cadre-là, il y a la possibilité aussi de développer les coopérations entre professionnels de santé, c'est-à-dire la formalisation des délégations de compétences. Ce serait le moyen de reconnaître enfin un statut autre que dans la convention FEHAP et puis une reconnaissance financière, un statut pour l'infirmière de dialyse, l'infirmière de DP.

L'exercice médical était le deuxième point que je voulais aborder avec l'apport de la loi pour les structures non lucratives et les dangers de la loi pour les associations de dialyse.

L'apport de la loi, vous le connaissez tous, c'est l'amendement qui a été porté par la FEHAP et la possibilité quand on a des médecins salariés de facturer l'équivalent d'honoraires.

Cela représente un danger aujourd'hui. Ca n'a pas été fait pour vous ! Ca n'a pas été fait pour la dialyse. Ce n'était pas la priorité.

C'est passé remarquablement, mais il y a une question qui se pose : est-ce qu'il faut à quelques semaines du vote de la loi de financement de la Sécurité Sociale facturer ? La réponse est, à mon avis : Non.

Ca a été rédigé initialement pour permettre aux cliniques commerciales de psychiatrie de pouvoir faire facturer par les médecins salariés généralistes ou psychiatres qui font les gardes de nuit, qui sont salariés – à la différence des psychiatres qui dans la journée sont libéraux – de pouvoir faire facturer leurs actes pour avoir un minimum de recettes pour l'établissement.

Transposé au secteur de la dialyse, ça n'a plus rien à voir !

Juridiquement, c'est possible de le faire aujourd'hui, mais en termes d'opportunité, je ne peux que recommander d'attendre, vraiment d'attendre et de voir comment va être votée la loi de financement de la Sécurité Sociale.

Discussion avec l'Assemblée

- Vous parlez du CS ou du cas de la dialyse ?

Maître Maxence CORMIER

Je parle du CS.

La formulation très générale parce que la plus simple, donc la plus facile à rédiger, permet à tout établissement de santé privé ex-OQN, de facturer en sus de ses tarifs et forfaits l'activité salariée de ses médecins qui pourrait être individualisée en C.

Cette disposition permet de facturer. Il faut sécuriser, faire passer la loi de financement de la Sécurité Sociale pour voir déjà comment la dialyse va être traitée avant de se lancer dans autre chose.

On n'est pas à un mois près. Il y a sûrement des établissements qui sont dans un état de détresse financière évidente en dialyse mais je les connais peu.

Deuxième partie, c'est la possibilité pour les ex-PSPH et comme pour les ESPIC, de pouvoir employer des PH dans des conditions qui doivent être définies par décrets. C'est permis par la loi mais on attend toujours les décrets !

Il y a trois dispositions dangereuses :

- vous savez que l'hôpital public a toujours eu le droit de recruter des libéraux dans ce que l'on appelle les cliniques ouvertes. La clinique ouverte c'était uniquement quand un établissement de santé privé faisait faillite dans le ressort géographique d'un établissement public ou pour optimiser la gestion des équipements publics dont la co-utilisation de scanner ou d'IRM et jamais au-delà de 30 % des capacités publiques de l'établissement et uniquement dans des disciplines pour lesquelles l'établissement public était autorisé.

C'est fini ça ! Demain, le projet de décret - pour l'avoir vu - laisse une liberté quasi absolue au directeur d'hôpital. Tout directeur d'hôpital peut sur avis du président de sa CME recruter sans limite dans toutes disciplines des praticiens libéraux.

Discussion avec l'Assemblée

- Cela veut dire qu'un établissement public qui n'est pas agréé pour faire de la dialyse peut recruter un médecin libéral...

Maître Maxence CORMIER

Il faudra quand même que l'établissement ait une autorisation.

On ne pouvait recruter des libéraux dans la clinique ouverte que pour exercer une activité pour laquelle l'hôpital était déjà autorisé.

Là, avec le nouveau système, si un Centre Hospitalier qui veut faire de la dialyse ou de la néphrologie, il peut tout à fait décider de recruter deux néphrologues libéraux et dire : « *Je vais déposer une demande d'autorisation pour passer 10 lits de médecine en lits de néphrologie et demander une autorisation de centre, d'UDM.* »

C'est un sacré danger. Un néphrologue libéral, c'est très facile de déterminer combien il va gagner. Ce n'est pas la même chose dans toutes les disciplines mais en suivi de séance de dialyse, j'ai tant de générateurs, j'ai tant de patients par générateur, je multiplie... Je sais ce qu'il va gagner !

Discussion avec l'Assemblée

- S'il recrute un néphrologue libéral, il va facturer des honoraires ou c'est l'établissement qui va le faire

Maître Maxence CORMIER

Tout professionnel libéral exerçant à l'hôpital public sera payé directement par l'hôpital public. Je vous rappelle que dans l'échelle de T2A publique qui est plus importante que l'échelle de T2A privée, elle est plus importante parce qu'il y a la rémunération des médecins dedans.

Quand vous voyez le différentiel de tarif entre les ex-OQN et les ex-DG en séance de dialyse, c'est un petit peu plus large que le simple tarif de la consultation du néphrologue.

Il y a quand même un élément important, c'est qu'il faut savoir qu'ils peuvent recruter des libéraux. Alors, cela dépend de la densité des libéraux.

Il ne faut pas oublier un deuxième phénomène : on a dit qu'il n'y avait plus d'interne en néphrologie. Ce n'est plus vrai ! On a plein d'externes en néphrologie, on va avoir des internes en néphrologie qui vont arriver et qui vont pouvoir faire le choix d'être libéral et non pas PH.

Deuxième élément, on en avait déjà parlé, c'est la possibilité de détacher un PH sur un contrat de praticien/clinicien. Il est PH, il a le statut, il est détaché sur contrat avec des objectifs à la fois qualitatif et quantitatif. On sait bien que c'est plus facile de faire du quantitatif que du qualitatif dans les objectifs avec une partie de rémunération qui est fixe et une partie indexée.

Discussion avec l'Assemblée

- En dehors des demi-journées d'intérêt général ?

Maître Maxence CORMIER

Non, c'est chez lui, dans son hôpital. Vous avez un PH qui travaille beaucoup ou pas beaucoup en dehors de la variable astreinte ou garde. Il a exactement le même salaire en fin de mois, qu'il travaille beaucoup ou peu.

Avec le nouveau système, ça va être une incitation à la production.

Votre PH, aujourd'hui, dans le Centre Hospitalier, est-ce qu'il a intérêt à avoir un centre qui fonctionne au maximum – trois séances y compris une séance du soir, etc. – ou est-ce que fonctionner avec deux séances et renvoyer les patients dans l'autodialyse associative à côté ce n'est pas mieux. Si on lui dit qu'il va avoir 68 patients au lieu de 48 à la fin de l'année et qu'il aura tant, j'ai la faiblesse de penser qu'il va moins organiser la filière de prise en charge avec l'association.

Or, il n'y a rien de plus facile que de rémunérer quantitativement un médecin par rapport à des séances de dialyse : tant par séance.

Donc, là aussi il y a un risque !

Mais si demain on leur permet d'avoir ce différentiel en restant chez eux, dans leur service, ...

Discussion avec l'Assemblée

- Surtout si on ne leur permet plus de bénéficier des demi-journées d'intérêt général.

Maître Maxence CORMIER

Pour l'instant, on ne remet pas en cause les demi-journées d'intérêt général.

Il faut les payer mais ça c'est un détail pour l'hôpital, mais surtout aujourd'hui il ne faut quand même pas oublier qu'on a un responsable de pôle qui va s'appeler « chef de pôle » et qui va dire « oui » ou « non » à vos demi-journées d'intérêt général et que, quand on regarde la jurisprudence le juge valide systématiquement le refus du directeur d'hôpital chef d'établissement de la deuxième journée d'intérêt général quand les effectifs ne sont pas suffisants.

C'est tout à fait logique en ce qui concerne le fonctionnement du Centre Hospitalier ou du CHU mais, c'est un peu incompatible avec le fait qu'on a toujours dit que les demi-journées d'intérêt général étaient un droit pour les praticiens hospitaliers.

En fait, ce n'est pas un droit, c'est un droit sous contrainte.

Ces deux éléments : le fait que l'hôpital puisse recruter des libéraux et le fait que l'hôpital puisse inciter ces médecins voire même faire venir des salariés, l'hôpital demain peut proposer ce que vous vous n'avez pas le droit de proposer à vos médecins salariés, c'est-à-dire : « Vous, je vous paye en fixe exactement ce que vous donne l'association de dialyse, mais en plus vous aurez 25 à 30 % en fonction de critères qualitatifs ou quantitatifs, et vous resterez salarié, et vous resterez sur votre convention collective FEHAP à laquelle vous êtes très attaché ».

Discussion avec l'Assemblée

- On peut le faire aussi ça ! L'association peut le faire !

Maître Maxence CORMIER

Je suis désolé mais au regard du Code de Déontologie, que ce soit un médecin libéral ou un médecin salarié, si vous indexez sa rémunération sur des critères quantitatifs, le médecin est rayé du Conseil de l'Ordre pour violation de la déontologie et vous vous pouvez être poursuivi pénalement.

Discussion avec l'Assemblée

- Ca sera possible dans le public et pas chez nous ?

Maître Maxence CORMIER

Oui, parce que la loi le permet.

Discussion avec l'Assemblée

- Mais les hôpitaux publics sont presque tous déficitaires. Comment financeront-ils ce surcoût si ce n'est par des tarifs plus importants ?

Maître Maxence CORMIER

Par un volume d'activité.

Discussion avec l'Assemblée

- C'est du volume d'activité qui n'ira plus en hors centre ?

Maître Maxence CORMIER

De toute façon, on n'est pas en enveloppe fermée mais à nombre de patients fermé. Partant de là, si l'activité de l'hôpital augmente, il y en a une qui va devoir baisser.

Regardez la chirurgie il y a quatre ans : l'hôpital se faisait tailler des croupières par le secteur privé, aujourd'hui dans toutes les régions de France, la part de chirurgie hospitalière a pris + 4 %. C'est-à-dire que l'hôpital public a repris 4 % au secteur privé.

Discussion avec l'Assemblée

- Pour quelle raison précisément ?

Maître Maxence CORMIER

Parce que c'est le seul secteur dans lequel on a déjà mis en œuvre depuis trois ans la rémunération à l'intéressement.

Discussion avec l'Assemblée

- Justement, quelle va être la première des demi-journées d'intérêt général ?

Maître Maxence CORMIER

Celle que le Syndicat des Praticiens Hospitaliers lui assurera. Personne d'autre que le Syndicat des PH ne peut défendre ça.

Les directeurs d'hôpitaux ne vont pas s'amuser à défendre ça, donc les seuls à les défendre ce sont les PH parce que c'était l'alternative à l'activité libérale et que l'activité libérale c'est à peine 40 % des PH en France qui la pratique. Alors que les demi-journées d'intérêt général, c'est plus de 50 %.

Discussion avec l'Assemblée

- Je ne suis pas persuadé qu'il y ait 50 % des PH qui utilisent la demi-journée d'intérêt général.

Maître Maxence CORMIER

51 % des praticiens hospitaliers en Centre Hospitalier et je ne parle pas en CHU déclarent une demi-journée d'intérêt général. Mais ce n'est pas simplement en association de dialyse ; ça peut être dans un dispensaire, dans ceci ou dans cela. C'est très large.

Discussion avec l'Assemblée

- C'est utilisé largement par les psychiatres effectivement, dans les services de psychiatrie, parce qu'ils ont des structures externes, de soins postcure, mais dans le reste de l'activité plus classique de MCO c'est assez peu utilisé.

Maître Maxence CORMIER

Ce sont les statistiques données par le Ministère.

Mais c'est en CH et non pas en CHU. Les CHU, est-ce qu'il y a beaucoup d'activités d'intérêt général Je ne sais pas.

Voilà, sur ce point-là il faut être vigilant.

Discussion avec l'Assemblée

- Vigilant ? Mais on ne pourra rien faire !

Maître Maxence CORMIER

Si ! Il faut partir du principe qu'il faut choyer ses médecins hospitaliers.

Ce n'est pas une question de surenchère. En gros, dans certaines régions, il y a déjà des discussions plus ou moins agréables, plus ou moins tendues avec les hôpitaux publics sur : « *Tu me payes, tu me rembourses mes demi-journées d'intérêt général* ». J'aurais tendance à considérer que compte tenu du contexte, il faut peut-être savoir payer, ce qui n'est pas céder, plutôt que d'avoir l'hôpital public qui commence à dire : « *Je vais empêcher les demi-journées d'intérêt général* » parce que, les médecins vont hurler si on leur supprime leur demi-journée d'intérêt général. Mais si on leur propose autre chose à la place, ils ne hurleront plus.

C'est pour ça que dans les négociations avec les hôpitaux, il va falloir prendre en considération le fait que si aujourd'hui vous arrivez à avoir des médecins avec des demi-journées d'intérêt général, c'est parce que ça les intéresse à tous points de vue : profil de patient, filière de prise en charge... Ce n'est pas que l'aspect financier. Je ne veux pas réduire le PH à quelqu'un cherchant des cachets. Ce n'est pas du tout ce que je veux dire ! Je veux simplement dire qu'il faut se méfier du fait que s'ils peuvent gagner exactement la même chose voire plus avec des conditions de travail finalement moins contraignantes parce qu'ils seront sur un même site, je ne suis pas certain que cela continuera...

L'âge d'or de la demi-journée d'intérêt général est, je pense, largement remis en cause.

Discussion avec l'Assemblée

- Il est souvent confondu la demi-journée d'intérêt général et la mise à disposition d'un établissement généralement parapublic voire même privé, où l'hôpital par convention met un praticien pour une demi-journée...

Maître Maxence CORMIER

Ca n'a rien à voir parce que, théoriquement, la mise à disposition telle que vous la décrivez n'est possible qu'entre établissement public ou entre établissement public et PSPH.

C'est ce que disent tous les directeurs d'hôpitaux : « *On n'avait pas le droit de le faire mais on l'a fait ailleurs. On l'a fait avec la Croix-Rouge, avec les centres de transfusion sanguine, avec...* » Du moment que ce n'était pas un établissement commercial.

Discussion avec l'Assemblée

- Oui, mais si c'était prévu pour les établissements de PSPH, la même chose peut être prévue pour les établissements ESPIC.

Maître Maxence CORMIER

C'est ce qui est prévu, mais on attend le décret.

La FEHAP a eu la garantie lors de débat parlementaire par la Ministre et par le cabinet de la Ministre – mais cela avait déjà été expliqué – qu'il y aurait une adaptation du statut des PH parce que c'est nécessité par la loi HPST et que, dans ce cadre-là, serait bien indiquée la possibilité pour les ESPIC de bénéficier des mêmes dispositions. On va voir comment ça va se passer.

Troisième et dernier point : ce sont les coopérations.

On en a déjà parlé, pour faire simple. Je n'ai pas lu la dernière version du décret et de l'arrêté.

On a d'un côté les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) qui sont réservées aux établissements publics. Initialement dans le projet de loi c'était obligatoire, ça pouvait prendre deux formes :

- soit les CHT Fédératives qu'on nous présentait comme étant une pâle copie de l'intercommunalité,
- soit les CHT Intégrées qui n'étaient que de la pré-fusion.

C'est passé comme ça à l'Assemblée Nationale sans débat et puis au Sénat ça a été la levée de bouclier des élus et, au final, on arrive avec une CHT ouverte aux seuls établissements publics de santé et établissements publics médicosociaux. C'est facultatif. Il n'y a aucune obligation de rentrer dedans et ce n'est pas doté de la personnalité morale. Par contre, il y a un établissement siège. Il y a le gros établissement public qui sera l'établissement siège.

A été obtenu lors des débats parlementaires le fait que les ESPIC avaient un mode de collaboration spécifique et avec les établissements publics et avec la CHT. Justement pour éviter ce qui suit et on le comprend très bien avec pour exemple la dialyse : aujourd'hui dans un département, dans un territoire de santé donné, vous vous entendez bien avec un Centre Hospitalier, un peu moins bien avec un autre – prenons l'exemple d'une ville où les relations sont un peu tendues avec le CHU et avec les Centres Hospitaliers périphériques ça marche plutôt bien. Imaginez ce qui se passerait s'il y avait une CHT pilotée par le plus gros, le CHU, dont le DG sera dorénavant le chef de tous, les autres étant des chefs de service ou des responsables de site, qui va dire : « *Moi, je ne veux plus que l'on travaille avec l'Association de dialyse, dans 6 mois je veux qu'elle meure. On récupèrera les patients puisque de toute façon ils n'iront pas ailleurs* ».

Le fait de dire : « *Attention, je suis ESPIC, j'ai l'accord de service public et je veux que l'on reformule la convention de coopération que j'ai toujours eue avec le CHU et les autres Centre Hospitalier périphériques* » cela me permettra peut-être de pouvoir continuer à travailler dans le secteur de la dialyse avec le secteur public sans qu'il ait envie de récupérer toute la dialyse pour lui.

C'est un côté vaccinal !

Il y a quand même la possibilité offerte au secteur privé ESPIC, à la fois de travailler avec le public, tout en travaillant avec le privé. Très ouvert ! D'où l'intérêt d'avoir cet accord-là.

Et puis, il y a le GCS. Pour faire simple, le GCS de moyens c'est le GCS historique que vous connaissez. C'est trois catégories de missions :

- 1) Créer et gérer pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt commun.
- 2) Créer et gérer des activités administratives médico-techniques de recherche et d'enseignement.
- 3) Assurer un cadre juridique d'exercice pour les professionnels médicaux et paramédicaux de statut différent ; des prestations croisées ; exemple : garde commune.

Le GCS de moyens a la personnalité morale familière, de droit public ou droit privé en fonction des accords ou des participations. Si les participations sont majoritairement publiques, il sera public, si elles sont majoritairement privées, il sera privé. Il n'a pas la qualité d'établissement de santé. Il ne délivre pas directement des soins. Il ne tarifie rien à l'Assurance Maladie.

C'est le GCS, GIE ou GIP sur les activités transversales.

Dès lors que le GCS est titulaire d'une autorisation d'activités de soins, c'est un établissement de santé et on arrive à l'autre catégorie. Et tout ce qu'on vous avait annoncé au début du projet s'est réalisé ! Malgré les tentatives unifiées de la FHP, de la FEHAP, des libéraux, de tout le monde pour « planter » le GCS établissement de santé, le Ministère l'a défendu !

Pour une raison très simple. Le Ministère a perdu la bataille du Sénat sur la CHT qui est devenue facultative. En gardant le GCS établissement de santé et en sachant que le directeur général de l'ARS a la possibilité d'imposer à tout établissement public de santé de constituer un GCS établissement de santé, via ce système-là, je recrée indirectement la CHT publique puisque moi, directeur général d'ARS je pourrai imposer à tous les établissements publics de santé d'un territoire, d'adhérer à un GCS entre eux qui sera nécessairement un GCS établissement de santé public.

Il leur fallait le GCS établissement de santé.

L'inconvénient c'est que dès lors le GCS est titulaire d'une autorisation d'activités de soins (exemple : en traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale), cela devient un établissement de santé autonome et c'est fini !

Prenons une ARS qui déciderait demain, dans un territoire de santé de taille raisonnable, prenez par exemple Mende ou Brive – c'est le même système : l'ARH dit : « *On ne va pas donner deux*

autorisations, c'est les mêmes médecins » et donc, vous allez faire un GCS qui va être titulaire d'une autorisation. Et puis le centre sera sur le site de l'hôpital et l'UDM, l'association sera sur le site de l'hôpital aussi. Comment vous voulez dire «non » ?

Discussion avec l'Assemblée

- Il y a même un autre moyen d'aboutir au même résultat, c'est la notion de domaine public, d'implantation sur le domaine public.

Maître Maxence CORMIER

Non, parce que si vous êtes ESPIC, vous avez le droit d'être sur le domaine public.

Discussion avec l'Assemblée

- En Bretagne, ils peuvent tourner avec 35 GCS...

Maître Maxence CORMIER

Potentiellement, oui. Mais ce ne sera pas partout.

Sauf que cela devient un établissement de santé autonome, que si les apports ou plus exactement les participations de chacun sont inégales parce que l'hôpital apporte ses deux PH alors que l'association n'a qu'un salarié, que l'hôpital apporte un centre alors que l'association n'a qu'une UDM, les participations vont être majoritairement publiques.

Ce GCS établissement de santé sera un établissement de santé public et vous viendrez, dans l'indifférence générale et sans indemnisation préalable, de nationaliser l'activité de dialyse associative.

Discussion avec l'Assemblée

- Se pose la question de l'existence juridique de l'association dans le GCS.

Maître Maxence CORMIER

Non, le GCS n'existe que parce qu'il a des membres.

Discussion avec l'Assemblée

- Mais l'association a un objet.

Maître Maxence CORMIER

L'association n'aurait plus d'objet social et un Préfet qui respecterait la loi de 1901 serait dans l'obligation de constater qu'il n'a plus d'objet social et de dissoudre l'association.

Je vous rappellerai juste une chose : c'est ce qu'on a fait dans la transfusion sanguine avec la loi de 1994, dans l'indifférence générale.

Discussion avec l'Assemblée

- Il faut changer l'article du statut des associations.

Maître Maxence CORMIER

Le secteur de la dialyse et notamment les associations de dialyse pour des territoires de santé pas très bien dotés, où il y a juste ce qu'il faut en nombre de médecins, c'est exactement le secteur où un directeur général d'ARS serait parfaitement légitime à dire au moment du renouvellement de l'autorisation : « *Faites un GCS* ». Ils l'ont fait pour la cancérologie, pour des activités beaucoup plus lourdes.

Quand on voit ce qu'ils font en Languedoc-Roussillon, quand on voit ce qu'ils font en Rhône-Alpes, quand on voit ce qu'ils font en Nord-Pas-de-Calais, cela ne leur pose aucun problème d'expliquer à un établissement qui est largement au-dessus de tous les seuils possibles ou imaginables : « *Vous faites un GCS sinon vous n'aurez pas votre autorisation* ».

Cela veut dire qu'il faut profiter de tous les outils. Les outils, il y en a trois :

- **Il y a d'abord l'ESPIC : l'ESPIC fait que je peux avoir mon accord d'association qui me sécurise, qui me renforce, qui me valide, qui me pérennise ma convention de coopération que j'avais avec l'hôpital public.**

- Il faut que je trouve le moyen de sécuriser mon recrutement médical, éventuellement proposer le temps partagé. Puisque l'hôpital public peut recruter sous contrat, qu'est-ce qui m'empêche de faire du temps partagé ? Qu'est-ce qui m'empêche de proposer 40 % salarié à l'association et 60 % à l'hôpital, ou inversement ? Rien ! Je peux le faire !
- C'est l'éternel problème et je pense que je serai en fauteuil roulant le jour où ça se fera : c'est travailler ensemble au sein des associations de dialyse.

Discussion avec l'Assemblée

- Travailler ensemble ?

Maître Maxence CORMIER

C'est se regrouper.

Je ne dirais pas « fusion » parce que ce mot est « grossier » dans le milieu de la dialyse. C'est beaucoup plus difficile de manger un gros que de manger des petits. Je parle du mode de coopération et du mode d'intégration que choisiront les associations de dialyse qui, comme les collectivités locales, sont libres de leur organisation.

Ca peut aller du groupement d'intérêt économique pour avoir des fonctions support en commun à une confédération d'associations – pas au sens fédération hospitalière comme la FEHAP – à la fondation européenne ou tout ce qu'on veut.

Discussion avec l'Assemblée

- En quoi cela empêcherait une ARS, localement, de dire : « Il y a une UDM d'une association sur le même terrain que la... »

Maître Maxence CORMIER

Parce que, ce jour-là, elle ne verra pas le directeur de l'association départementale ou de l'association régionale, elle verra débarquer quelqu'un de plus haut qui viendra expliquer que juridiquement, financièrement ou techniquement ce n'est pas rentable. Après, c'est une question de poids.

Vous avez un certain nombre d'interlocuteurs.

Cela dépend des relations que vous avez avec les ARH. N'oubliez pas que demain vous aurez en face de vous une ARS. Or, le Directeur Général de l'ARS, vous ne le verrez jamais ! Vous verrez le responsable du pôle hospitalier, mais vous ne verrez jamais le DG de l'ARS.

Discussion avec l'Assemblée

- Je crois qu'il y a aujourd'hui tous les moyens juridiques et tarifaires pour faire fermer les associations de dialyse.

Maître Maxence CORMIER

Attendez ! Les ARH ne se lèvent pas le matin en se disant qu'ils vont se « faire » l'association de dialyse !

Discussion avec l'Assemblée

- Je ne dis pas ça, je dis qu'il existe aujourd'hui tous les moyens juridiques pour que la dialyse soit exercée par d'autres et qu'il est peut être temps pour les associations de dialyse et c'est ce qui était dit un peu ce matin, de réfléchir à leur intérêt dans la prise en charge du traitement de l'insuffisance rénale par dialyse.

Les associations de dialyse se sont créées à la fin des années 60, début des années 70 parce que la prise en charge des malades dialysés notamment à domicile n'était pas assurée.

Peut-être qu'aujourd'hui les associations de dialyse peuvent œuvrer dans un but d'intérêt pour les patients qu'il faudrait peut être déterminer, qui passerait par des fusions ou par autre chose, mais des objectifs particuliers.

Maître Maxence CORMIER

Il y a déjà le statut d'ESPIC qui est une première chose qui a été notamment pensée pour sauver.

Il y a le problème de la gouvernance et du renouvellement des fondateurs, des créateurs des associations. On ne va pas revoir l'éternelle question qu'on a toujours eue qui est d'avoir des

administrateurs qui, tout en étant désintéressés financièrement, soient intéressés au fonctionnement réel. La plupart des associations de dialyse ont atteint des tarifs qui font qu'elles sont souvent dans les 2-3-4-5 plus gros budgets hospitaliers privés de la région et que dans un contexte économique et financier extrêmement dur, aussi bien dans le secteur privé commercial que dans le secteur public, les associations font envie.

Il faut démontrer qu'on est non seulement incontournables mais qu'on ne pourra pas faire ce qu'on veut de vous d'une part et puis, d'autre part, mais on n'en parle depuis des années, c'est de démontrer votre utilité. Parce que le service rendu par les associations de dialyse n'est rendu par aucun autre, en tout cas à un échelon aussi large, par aucune autre catégorie d'établissement.

C'est la proximité géographique, c'est l'égalité d'accès au territoire, c'est l'égalité d'accès financière, c'est l'égalité d'accès à toutes les modalités de dialyse.

Et en plus vous êtes les moins chers parce que vous n'avez pas sauf exception près les honoraires des libéraux et vous avez une échelle de T2A inférieure au public.

Alors, c'est vrai que vous pourriez demain facturer mais j'espère que cette faculté sera gardée pour les années de crise, pour pouvoir continuer à dire : « *Nous sommes les meilleurs partout et les moins chers* ».

Ce sera ma conclusion.

Merci.

Maître Maxence CORMIER

S'il y a des questions, je réponds aux questions.

Discussion avec l'Assemblée

- Je pense qu'il faudra peut-être réfléchir lors d'une prochaine conférence à cette visibilité, à ce que disait David CAUSSE ce matin, la visibilité régionale voire nationale pour avoir un poids vis-à-vis des ARS, parce que sinon...

Dr Raymond FRAYSSINET

La séance a été un peu longue, mais l'exposé de Maître CORMIER a été des plus instructifs et je le remercie pour cette intervention.

S'il n'y a pas d'autre question, nous allons clore cette journée. Merci à tous d'avoir été présent et je vous donne donc rendez vous à la prochaine Assemblée générale.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 16h30

Pour le Président,

Le secrétaire
Thierry WALRAVE