

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FHP-PSYCHIATRIE

7 septembre 2017

Étaient présents : Odile AGOPIAN, Pascal ALLAIN, Nathalie ALQUIER, Cyril BAZIN, Marie-Pierre BRASSARD, Gilles BRIQUET, David CASTILLO, Ghislain CRASSARD, Aude D'ABBADIE SAVELLI, Gérard D'ABBADIE, Olivier DREVON, Benjamin GUIRAUD CHAUMEIL, Alain LONGONE, Vincent MASETTI, Damien MICHON, Jérôme PETITDIDIER, Gérard PICHENOT, Patrice PIPERAKIS, Nadine POTIER, Gwenaële SAUZAY, Evelyne THOMAS-JOANNES, Stéphane TULIPANI, Edouard VIDEGRAIN, Michel VIDEGRAIN, Stéphane WITCZAK

Étaient excusés : Patrick DE SAINT JACOB, Olivier DUBOIS, Frédéric LEFEBVRE, Florence MASQUIN, Yannick MAZIER, Houria MEZEMATE, Claude NEDELEC, Jean-Louis PLACE, Geoffrey ROUBEHIE

Étaient invités, excusés : Marcel ALCHECH, Olivier AMOUROUS, Nicolas BASSOT, Jérôme DISCHAMPS, Jacques GAYRAL, Jérôme GOMES

ORDRE DU JOUR

- Approbation du PV du CA du 6 juillet 2017
- Retour du Comex de la FHP du 6 septembre 2017
- Problématique de la facturation des majorations (MPC, MCS)
- Retour sur l'enquête adhérent « Préparation de la campagne tarifaire 2018 »
- Contribution au groupe ambulatoire du Copil Psychiatrie
- Organisation de l'Assemblée Générale
- Remplacement des administrateurs démissionnaires
- CAQES en psychiatrie
- Questions diverses

En préambule du Conseil d'Administration, Olivier DREVON annonce le départ d'Elisabeth TOME-GERTHEINRICHES de la FHP et l'arrivée du Dr Michel BALLEREAU. Il était auparavant conseiller du Président du groupe LNA Santé. Le COMEX de la FHP a donné son accord pour sa désignation en tant que Délégué général de la FHP ce qui permet de maintenir une continuité à la direction générale de la Fédération.

Michel BALLEREAU présente ses motivations à la tête de la Fédération à savoir la promotion de l'équité de traitement entre les acteurs, de l'innovation et de l'efficacité.

Benjamin GUIRAUD-CHAUMEIL profite de cet échange pour remercier Elisabeth TOME-GERTHEINRICHES pour sa bienveillance à l'égard des thématiques de la psychiatrie. Elisabeth TOME-GERTHEINRICHES salue l'évolution positive de l'image de la psychiatrie privée au sein du Ministère et de son développement dans les années à venir. Elle occupera le poste de Directrice générale adjointe en charge des politiques sociales au MEDEF.

Olivier DREVON souhaite que la place de la psychiatrie soit préservée et renforcée, par exemple en la plaçant en premier des ordres du jour dans les réunions au cabinet de la Ministre. Il souhaite que la psychiatrie soit reconnue et que l'on sorte de la vision d'une psychiatrie en marge des discussions en raison de sa bonne rentabilité financière au sein de l'hospitalisation privée.

Michel BALLEREAU s'y engage et souligne la grande complexité de la psychiatrie qui s'agit de ne pas de négliger.

APPROBATION DU PV DU 6 JUILLET 2017

Le compte-rendu du Conseil d'Administration du 6 juillet 2017 est approuvé à l'unanimité des membres présents.

RETOUR DU COMEX DE LA FHP DU 6 SEPTEMBRE 2017

David CASTILLO rappelle que les Conseils d'Administration de la FHP-Psychiatrie se déroulent le lendemain des Comités exécutifs de la FHP ce qui permet un retour rapide aux administrateurs des échanges menés à la FHP. A ce titre, le calendrier statutaire de l'année 2018 sera transmis au prochain Conseil d'Administration du mois de novembre.

Pour répondre à la question des motivations de Michel BALLEREAU à la FHP, David CASTILLO indique que ce dernier a réalisé une succession de déplacements pour rencontrer l'ensemble des membres du COMEX de la FHP ce qui démontre sa volonté de connaître ses interlocuteurs et accélérer sa prise de fonction.

Parmi les sujets d'actualité, David CASTILLO fait part du retard dans la réception du PLFSS cette année (28 septembre) sachant que le vote final est prévu pour la mi-décembre afin que sa publication soit faite en fin d'année 2017. Ceci nécessitera une accélération des travaux parlementaires. Néanmoins, nous espérons un texte moins impactant que les années précédentes.

Deux rendez-vous sont programmés pour la FHP avec Gérard DARMANIN, Ministre de l'Action et des Comptes publics et Yann BUBIEN, Directeur adjoint du cabinet de la Ministre des Solidarités et de la Santé. Les discussions avec Gérard DARMANIN seront particulièrement importantes afin de soutenir l'évolution la plus favorable possible de l'enveloppe hospitalière au sein de l'ONDAM.

Pour préparer ces rendez-vous, des propositions ont été développées autour de l'efficacité, de l'équité, de l'extension du programme IFAQ à l'ensemble des spécialités. La psychiatrie manque d'indicateurs pour construire un modèle IFAQ à l'instar de celui réalisé pour les autres spécialités. IFAQ est un levier d'action important pour soutenir l'évolution de notre modèle de financement vers une logique de rémunération à la qualité et à l'efficacité.

Benjamin GUIRAUD-CHAUMEIL aborde les priorités fixées par le COMEX pour ce PLFSS à savoir la vigilance sur d'éventuelles dispositions relatives au SIEG (chantier « bénéfice raisonnable »), le moratoire sur la réforme du financement en SSR, l'arrêt de la dégressivité tarifaire et la transparence sur l'intégration des dépenses de transports de l'enveloppe de ville vers l'enveloppe hospitalière. Il exprime son inquiétude quant à la baisse du CICE (6 % au lieu de 7%) et l'impact des ordonnances Macron.

Cyril BAZIN informe les administrateurs des travaux menés en Commission sociale de la FHP, avec Maître MORAND, sur les 5 ordonnances réformant le code du travail qui impacteront le dialogue au niveau de la branche mais également au niveau de chaque établissement. Il précise que la ratification des ordonnances est attendue d'ici la mi-octobre suivie de la publication d'une série de décrets d'application, notamment sur la mise en œuvre de la réforme des institutions de représentants du personnel dans les entreprises. S'agira-t-il d'une simplification du dispositif actuel ou de la création d'une nouvelle instance. Le cabinet Barthélémy appelle à la vigilance sur les annonces faites sur ces ordonnances car les textes sont encore amenés à évoluer. Concernant la représentativité au sein de la Branche un arrêté a été publié au cours de l'été qui exclut la CFTC et la CGC (CGT, FO et CFDT restent les trois syndicats représentatifs pour une durée de 5 ans). Un accord sur la qualité de vie au travail ainsi que sur l'augmentation de la valeur du point à 7 euros a été soumis aux partenaires sociaux.

David CASTILLO fait part de la décision du COMEX de la FHP de poursuivre les négociations sans émettre une recommandation à ce stade.

Cyril BAZIN rappelle que la CFDT peut à ce jour signer seule les accords de Branche mais la CGT et FO conservent un droit d'opposition. Les ordonnances pourraient permettre de négocier au niveau des établissements des dispositions précédemment discutées au niveau de la Branche. Enfin, il est attendu des évolutions sur le compte pénibilité qui seraient plus favorables aux entreprises.

David CASTILLO poursuit son retour du précédent COMEX sur les contentieux en cours et détaille les enjeux de la baisse du CICE. Le premier risque provient de l'absence de certitude quant à la compensation de cette baisse de CICE dans nos tarifs (ce point de CICE avait été retiré de nos tarifs en 2017). Le second risque porte sur le mécanisme de transformation du dispositif vers une baisse de charges qui impacte notamment les établissements privés non lucratifs. Il rappelle que la FHP a un contentieux en cours sur le pacte de responsabilité. Le premier recours avait donné raison à la Fédération, sans conséquence financière. Avec ce second recours, des impacts financiers sont attendus notamment pour les établissements privés non lucratifs.

Sur le service public hospitalier (SPH), la FHP a déposé un recours contre l'ordonnance qui vise à régulariser la situation des hôpitaux publics qui réalisent une activité libérale, en contradiction des exigences du SPH qui prévoit l'absence de facturation de dépassements d'honoraires pour les établissements ayant l'habilitation SPH. L'argument évoqué indique que la facturation des dépassements d'honoraires dans les établissements publics concernés provient de l'activité libérale du praticien et non de l'établissement de santé.

Le COMEX a donné son accord pour déposer un recours contre le dispositif CAQES.

En lien avec la réforme de son financement, il est signalé le nombre important de recours juridiques déposés par la FHP-SSR avec l'appui de la FHP. Olivier DREVON indique que le tableau de synthèse des actions juridiques de la FHP et des syndicats de spécialité sera transmis aux administrateurs.

David CASTILLO aborde ensuite la problématique de l'inscription à l'Ordre des infirmiers et des courriers comminatoires transmis par les ARS. Un rendez-vous entre la FHP et le Président de l'Ordre a été fixé à la fin du mois de septembre. La FHP diffusera également un courrier sur ce sujet.

Sur la question des PUI, David CASTILLO informe les administrateurs que le Ministère a identifié une vingtaine de situations difficiles en raison du recrutement de pharmaciens sans DES après la parution du décret de janvier 2015. L'Ordre des pharmaciens a confirmé son objectif de préserver l'existant mais de mener cette réforme dans les années à venir. En cas de difficultés de recrutement, il a été évoqué en COMEX la possibilité de conventionner avec les officines de ville voire de mutualiser les PUI sur certains territoires.

Il a été également proposé de sérier la criticité des PUI : en oncologie, il paraît pertinent d'avoir des niveaux d'exigence supérieurs, en SSR ou en Psychiatrie, le cahier des charges devrait être aménagé.

Cyril BAZIN fait le lien avec les travaux sur la réforme des classifications et la volonté de certains membres de positionner une ligne spécifique pour le pharmacien titulaire du DES et gérant de la PUI. Il expose sa position de ne pas différencier les profils de pharmaciens. Stéphane TULIPANI confirme que des demandes de revalorisation sont déjà exprimées dans les établissements. Marie-Pierre BRASSARD alerte sur le surcoût que cela risque d'engendrer avec les pharmaciens remplaçants.

David CASTILLO informe les administrateurs de la tenue de 3 réunions au sein de la FHP entre fin août et début septembre afin de réaliser des propositions sur la thématique du parcours de santé. Les discussions ont principalement porté sur l'articulation entre les activités de MCO et de SSR, en lien avec la mise en œuvre des GHT dans le secteur public. Pour la psychiatrie, il a été soutenu la promotion du financement à la qualité, la qualité du service rendu aux patients et en conséquence à l'efficacité du modèle de financement qui ne devrait plus s'appuyer sur les coûts historiques des structures mais sur leur apport dans la prise en charge des patients. A ce titre, des réflexions ont été menées sur l'opportunité d'encourager le partage des gains d'efficacité. En conclusion, les travaux ont permis de proposer une définition pour décrire les parcours de santé intégrant les notions de qualité et d'efficacité.

Enfin, il rappelle les nombreuses incertitudes quant à la prochaine campagne tarifaire : une évolution de l'ONDAM hospitalier attendue à 2,1 %, quel impact de la baisse du CICE, quelle évolution des dépenses en 2017 et quelle prévision pour 2018, etc. Pour le mois de novembre, nous aurons plus de visibilité ce qui nous permettra de développer un peu plus sur ce sujet.

PROBLÉMATIQUE DE LA FACTURATION DES MAJORATIONS (MPC, MCS)

David CASTILLO évoque les courriers transmis par les CPAM en Nouvelle Aquitaine, Auvergne-Rhône Alpes, PACA et Ile de France sur la facturation des majorations MPC et MCS. Les contrôles réalisés font état d'irrégularités de facturation. Il rappelle que la MCS ne doit pas être facturée pendant le séjour, une consigne du syndicat le précisait bien depuis 2005.

Vincent MASETTI affirme qu'après avoir effectué des recherches juridiques, il n'a pu trouver de texte opposable confirmant cette interprétation de la CNAMTS. Olivier DREVON demande quelle est la réponse apportée par le cabinet CORMIER. David CASTILLO répond que, selon la NGAP, la MCS ne peut s'appliquer que sur la consultation qui est réalisée à l'entrée et/ou à la sortie d'hospitalisation dans le cadre de la coordination des soins. Olivier DREVON précise que la facturation peut être réalisée sur un CNPSY et non pas sur un CNPSY 0,8. Il souhaite obtenir un avis plus précis du cabinet CORMIER.

Ghislain CRASSARD fait part de courriers transmis par certaines CPAM il y a quelques années qui précisait que la facturation des majorations y compris sur des CNPSY 0,8 était possible. En PACA, un recours gracieux a été introduit par un groupe de médecins sur ce sujet.

Marie-Pierre BRASSARD soutient que depuis 2003 aucun texte ne vient amender les modalités de facturation et demande sur quoi s'appuie la CNAMTS pour changer son interprétation. Olivier DREVON répond que la CNAMTS ne change pas d'interprétation mais la nouvelle convention médicale a entraîné une lecture plus attentive des modalités de facturation en psychiatrie. Marie-Pierre BRASSARD souligne que le syndicat des psychiatres français confirme son interprétation.

Olivier DREVON signale qu'il a informé le Dr Maurice BENSOUSSAN, Président du syndicat des psychiatres français (SPF), de cette situation dès qu'il en a eu connaissance. Le syndicat demande que nous récupérions le maximum d'informations sur le sujet. Il rappelle qu'il n'a pas rencontré officiellement le SPF depuis plus de 3 ans en absence de mandat du Conseil d'administration. En effet, une rencontre avec le SPF pour aborder la problématique des majorations pourrait nous amener à discuter d'autres sujets difficiles (les astreintes par exemple) et appelle à la vigilance.

A la question de Vincent MASETTI quant à l'opportunité de contester juridiquement la position de la CNAMTS, David CASTILLO répond que le cabinet CORMIER estime fondée l'analyse de la CNAMTS.

Olivier DREVON souligne que les psychiatres qui ont reçu ces courriers ont généralement arrêté de facturer. Néanmoins, il considère nécessaire de facturer des CNPSY en hospitalisation de jour, voire même en hospitalisation de nuit, car tout ce qui ne relève pas de l'hospitalisation doit faire l'objet d'une consultation. Par ailleurs, cette problématique de facturation des majorations a d'ores et déjà un impact pour les psychiatres mais aura également des conséquences sur la pratique des redevances.

Marie-Pierre BRASSARD évoque également l'impact sur l'attractivité de l'activité de psychiatrie en établissement de santé et demande la position du syndicat sur ce sujet. Olivier DREVON répond que c'est un sujet qui concerne directement les psychiatres et que le syndicat n'a pas de recommandation à faire aux médecins. Vincent MASETTI rétorque que certains établissements disposent de médecins salariés qui relèvent de la responsabilité des établissements.

David CASTILLO intervient pour alerter les administrateurs sur le fait que les CPAM ne se sont pas encore lancées dans des procédures de récupération d'indus. Marie-Pierre BRASSARD signale que les courriers d'avertissement ont été transmis en lettre simple.

Damien MICHON demande le nombre d'établissements concernés et Benjamin GUIRAUD-CHAUMEIL si cette procédure a été généralisée dans les régions. Vincent MASETTI répond que les courriers reçus sont très localisés, la pratique est variable selon les CPAM. Olivier DREVON précise que tous les médecins d'un même établissement n'ont pas reçu de courrier. A contrario, Marie-Pierre BRASSARD indique que tous les médecins du Rhône ont reçu le courrier.

Damien MICHON demande si ces contrôles ne sont pas liés à des atypies de facturation avec de plus grands volumes. Olivier DREVON et Marie-Pierre BRASSARD répondent que ce ne sont pas leurs cas.

Alain LONGONE demande des précisions sur la majoration MPC. David CASTILLO expose la problématique de cette majoration pour laquelle nous avons un accord explicite de la CNAMTS jusqu'en 2007 puis l'accord tacite pour la facturation des MPC. Il précise que le cabinet CORMIER a confirmé la validité de la position de la CNAMTS en vertu de l'article 2 bis de la NGAP qui mentionne explicitement que la facturation de la MPC ne peut être réalisée qu'à l'appui d'une consultation en cabinet. Marie-Pierre BRASSARD demande des précisions quant à la notion de consultation en cabinet. David CASTILLO indique que ce point doit être éclairci par le cabinet CORMIER. Par ailleurs, Marie-Pierre BRASSARD souligne qu'un établissement a également reçu un courrier à son nom.

Olivier DREVON propose de reprendre contact avec le SPF pour solliciter une action commune auprès de la CNAMTS et demande aux administrateurs de faire remonter au syndicat les courriers.

RETOUR SUR L'ENQUÊTE ADHÉRENT « PRÉPARATION DE LA CAMPAGNE TARIFAIRE 2018 »

David CASTILLO réalise un retour sur l'enquête adhérent lancée au mois de juillet qui a permis d'obtenir 70 réponses. Néanmoins, il reste encore quelques progrès à réaliser. Olivier DREVON indique que des relances ont été faites auprès des adhérents qui n'avaient pas répondu. Il encourage les indépendants et le groupe Clinéa à transmettre ces informations qui seront utiles pour le syndicat et uniquement accessibles à David CASTILLO pour les besoins de traitement des données.

Vincent MASETTI s'interroge sur les modalités de collecte de l'information. Si certains ne répondent pas, c'est probablement car l'envoi des données individuelles pose un problème. Damien MICHON rappelle que le Conseil d'administration avait donné son accord pour transmettre les données au syndicat. Evelyne THOMAS-JOANNES souligne que les données demandées sont des données publiques transmises aux ARS. La transmission permet de faire gagner du temps au syndicat. Olivier DREVON précise que l'objectif de cette enquête est de préparer la campagne tarifaire et d'avoir une estimation du volume réalisé en 2017 et de défendre les DMT au niveau national pour faciliter les demandes locales.

Ghislain CRASSARD s'étonne de voir des établissements donner ces informations aux ARS et de refuser de le faire au syndicat. Olivier DREVON propose de réaliser une nouvelle relance.

Sur les premiers éléments obtenus, David CASTILLO souligne que l'on observe une évolution constante du nombre de lits autorisés et une forte augmentation des places autorisées. Le ratio lits installés sur lits autorisés est de 1,04 en moyenne ce qui reste assez raisonnable (+ 4 % de lits installés par rapport aux lits autorisés). Néanmoins, il existe quelques situations extrêmes. Par manque de données sur l'activité en pédopsychiatrie et en hospitalisation de nuit, l'analyse se limite à la psychiatrie générale, qui progresse de 1 % en moyenne en hospitalisation complète (ce qui est cohérent avec les données de l'Observatoire économique) et de 15 % en moyenne en hospitalisation de jour (en lien avec les augmentations de capacité).

Olivier DREVON insiste sur le fait que ces informations sont importantes pour le syndicat pour alimenter nos propositions. Si l'hospitalisation complète ne connaît pas de progression en volume, nous pourrions soutenir une progression des tarifs. Damien MICHON revient sur l'enjeu du forfait hospitalier. David CASTILLO précise que ce sujet fait bien partie des pistes du syndicat qui seront discutées lors du Bureau de 3 heures prévu en octobre.

Sur la troisième partie de l'enquête, qui nécessite un recueil établissement par établissement, David CASTILLO indique que les principales prises en charge pouvant faire l'objet d'une DMT sont par ordre décroissant de réponses : addictions, crise suicidaire et gérontopsychiatrie. Sur les modalités techniques, il s'agit des TCC, psychoéducation, éducation thérapeutique et réhabilitation psychosociale. Sur cette dernière, l'ANAP souhaite réaliser un guide sur la réhabilitation psychosociale afin de soutenir son développement. Cinq monographies sont prévues, dont une pour le privé, il appelle par conséquent les administrateurs à proposer des établissements moteurs sur cette thématique. Le lancement des travaux est imminent pour une restitution à la fin de l'année et une publication au premier semestre 2018. David CASTILLO transmettra le cahier des charges aux administrateurs.

Dans le cadre des travaux de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, une réunion FHP-Psychiatrie et CNAMTS s'est tenue au cours de l'été dans le but d'échanger sur la présentation des résultats de la psychiatrie sous OQN réalisée par la CNAMTS. En effet, elle identifie une catégorie « psychiatrie lourde » dans ses statistiques, qui renvoie à l'activité de la DMT 803 (arriérés profonds). Il explique qu'il a proposé d'inscrire le libellé exact « arriérés profonds » s'ils souhaitent maintenir le tableau dans sa structure et de travailler sur des focus sur l'hospitalisation complète et sur l'hospitalisation du jour.

CONTRIBUTION AU GROUPE AMBULATOIRE DU COPIL PSYCHIATRIE

David CASTILLO réalise un retour sur le Copil Psychiatrie et notamment des travaux menés au sein du groupe ambulatoire pour lequel peu d'éléments ont filtré jusqu'à présent hormis sur la psychiatrie de secteur. Il expose le besoin de définir au préalable ce qu'est l'ambulatoire compte des différentes définitions existantes actuellement : pour l'ATIH, il ne s'agit que des CMP et des CATTP, pour la DGOS, il s'agit des alternatives à l'hospitalisation complète. Ces discussions devront permettre d'aboutir au premier trimestre 2018 à des propositions d'évolution du cadre de l'ambulatoire.

Olivier DREVON lance la réflexion sur la définition de l'ambulatoire et donne un objectif de ne pas intégrer la notion de secteur. Il évoque la demande de la DGOS de réaliser des propositions concrètes sur l'ambulatoire pour faire bouger les lignes. Gilles BRIQUET estime plus pertinent de définir l'ambulatoire comme tout ce qui ne relève pas de l'hospitalisation complète car ceci donne des marges de manœuvre pour l'organiser. Lorsque l'on donne une définition qui décrit un dispositif, on se limite dans les modalités de prise en charge.

Olivier DREVON acquiesce mais souhaiterait une définition plus positive (sans usage d'une négation). Gilles BRIQUET propose de parler de prise en charge multifocales qui permet à des patients encore en activité sociale, professionnelle, personnelle et famille de disposer de soins. Il s'agit d'une mise à disposition de moyens et d'outils pour les attentes de la population.

Vincent MASETTI ajoute que la définition doit intégrer le dépistage, la prévention et le traitement non hospitalier de l'ensemble des troubles.

Aude D'ABBADIE SAVELLI indique que la définition sur Internet de l'ambulatoire est une prise en charge inférieure à 12 heures. David CASTILLO ajoute qu'en MCO l'ambulatoire est une prise en charge de moins de 24 heures à partir de minuit. Il précise que les réflexions actuelles n'ont pas été menées dans une logique de restriction mais nous pouvons nous interroger sur l'intégration de l'hospitalisation de nuit dans la définition de l'ambulatoire.

Aude D'ABBADIE SAVELLI alerte sur l'application du virage ambulatoire pour l'ensemble des spécialités dans les régions. Ceci peut nous amener plus de contraintes, notamment avec les taux de substitution lits / places. Pascal ALLAIN souligne que nous pourrions avoir 2 définitions : une médicale et une administrative. Ne sachant pas comment cette définition sera utilisée, il donne sa préférence à la définition très ouverte de Gilles BRIQUET.

Olivier DREVON se montre également favorable au décloisonnement des dispositifs (CMP, CATTP, HDJ) et à la priorité à donner au projet médical. Ghislain CRASSARD précise l'objectif de donner une définition large pour limiter la volonté de nommer les dispositifs.

Aude D'ABBADIE SAVELLI engage un débat sur les modalités de facturation en hospitalisation de jour qui se révèlent inadaptées pour la prise en charge des patients et hétérogènes selon les régions.

Olivier DREVON sollicite les administrateurs pour obtenir un retour sur la campagne de contrôle de l'ARS PACA. Ghislain CRASSARD répond que l'ARS s'est montrée globalement très satisfaite des prises en charge en hospitalisation de jour. Gérard PICHENOT s'étonne néanmoins de la contradiction affichée par l'ARS par rapport aux dispositions réglementaires. Elle considère en effet qu'il faudrait privilégier l'individuel au collectif.

Odile AGOPIAN souligne que les ARS n'ont aucun intérêt à contrôler les activités en ambulatoire puisqu'elles encouragent leur développement.

Damien MICHON revient sur la nécessité de disposer d'indicateurs pour illustrer les résultats de nos prises en charge. Vincent MASETTI doute de notre capacité à pouvoir identifier l'amélioration de la qualité de vie des patients. Damien MICHON rappelle que d'autres pays ont réussi à fournir des données. Nous pourrions prendre quelques indicateurs autour de la coordination des soins par exemple. David CASTILLO propose d'inscrire ce sujet dans les travaux de la Commission technique.

ORGANISATION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

À la suite du précédent Conseil d'Administration, où il avait été proposé d'organiser l'Assemblée générale du syndicat lors de Rencontres en décembre de la FHP, celle-ci nous a répondu qu'aucune salle n'était disponible. Il a été proposé d'organiser l'Assemblée générale à proximité du lieu des Rencontres qui se dérouleront au Louvre voire de réaliser un déjeuner. David CASTILLO précise que l'Assemblée générale se limitera cette année à 2 heures pour la partie statutaire.

Olivier DREVON estime souhaitable de réaliser une Assemblée générale sur une demi-journée ou une journée en janvier 2018. Cyril BAZIN propose de la réaliser en région. Olivier DREVON acquiesce et propose d'envisager la possibilité.

REMPLACEMENT DES ADMINISTRATEURS DÉMISSIONNAIRES

Olivier DREVON annonce les 4 administrateurs démissionnaires : Dr Martine WONNER, Guillaume GUERIN, Stéphane TULIPANI et Ghislain CRASSARD. Damien MICHON annonce que Nathalie ALQUIER remplacera Ghislain CRASSARD en tant que membre désigné au Conseil d'Administration.

David CASTILLO indique que le groupe Inicéa a informé le syndicat que Karine JALENQUES remplacera Stéphane TULIPANI en tant que membre désigné au Conseil d'Administration. Stéphane TULIPANI précise que ce remplacement concerne le Conseil d'Administration mais qu'il n'a pas eu d'échanges pour le Bureau. Michel VIDEGRAIN confirme l'absence de discussions pour le remplacement au Bureau. Olivier DREVON demande aux groupes de désigner un membre du Bureau.

David CASTILLO précise qu'il faudra coopter 2 nouveaux administrateurs n'appartenant pas à un groupe (au moins 10 établissements) et coopter 3 nouveaux membres du Bureau lors du prochain Conseil d'Administration.

CAQES EN PSYCHIATRIE

David CASTILLO précise que ce dispositif a été introduit par l'article 81 de la LFSS 2016. Il s'agit d'une mesure de simplification pour les établissements MCO car il fusionne trois contrats préexistants : CBUM, CAQOS et CAPES. Pour les établissements de SSR et de psychiatrie, il s'agit d'un nouveau dispositif et par conséquent d'une contrainte supplémentaire qui sera mise en œuvre dès le 1^{er} janvier 2018. Les projets de contrat seront transmis aux établissements par l'ARS entre septembre et octobre pour une signature attendue d'ici la fin de l'année.

Olivier DREVON insiste sur le risque en région d'obtenir des contraintes supplémentaires aux dispositions du décret. Dans les différentes régions, il constate la grande hétérogénéité des pratiques, notamment dans la concertation avec l'ARS.

Vincent MASETTI demande quels sont les impacts à attendre. David CASTILLO répond qu'il existe un dispositif de sanction à hauteur de 1 % des recettes Assurance Maladie par volet du contrat (5 volets maximum). Olivier DREVON regrette que, contrairement au MCO, les établissements de SSR et de psychiatrie ne disposent pas d'un accompagnement. En Club des Présidents à la FHP, a été mis en place un dispositif de suivi des indicateurs utilisés dans les différentes régions.

Damien MICHON propose de donner comme consigne aux établissements de ne pas signer le contrat. David CASTILLO alerte sur le fait que l'absence de signature expose les établissements à une sanction de 1 % des recettes Assurance Maladie. Olivier DREVON propose d'évoquer cette solution auprès de la FHP.

Cyril BAZIN indique que dans la région Occitanie, l'ARS souhaite décider elle-même du caractère facultatif ou non des volets et appliquer les éventuelles sanctions de façon globale. Alain LONGONE expose les travaux en PACA qui se sont déroulés sur la thématique du circuit du médicament.

Olivier DREVON rappelle que le coût ne vient pas du risque mais de l'organisation à mettre en place pour répondre à ces contraintes supplémentaires. Ceci pose question sur l'efficacité du dispositif. Cyril BAZIN alerte sur un indicateur en Occitanie qui porte sur le niveau d'activité. Damien MICHON acquiesce et estime que le risque sera le plus important sur la pertinence des soins.

David CASTILLO rappelle la problématique de la conciliation médicamenteuse. Nathalie ALQUIER invite les établissements à prendre un échantillon de patients le plus petit possible au départ.

QUESTIONS DIVERSES

David CASTILLO informe les administrateurs de la tenue d'une réunion avec l'IGAS à la suite de ce Conseil d'Administration. Olivier DREVON précise que la mission porte sur la situation actuelle de ce dispositif de soins au regard des besoins, du contexte social, des pratiques médicales et des conditions de financement des activités. Elle est chargée d'évaluer les difficultés auquel il est confronté, d'envisager les réformes en hospitalisation et ambulatoire pour les patients adultes, enfants et adolescents. Des auditions sont également menées au sein des établissements de psychiatrie publics et privés.

Olivier DREVON remercie Ghislain CRASSARD et Stéphane TULIPANI de leur participation active dans les travaux du syndicat et leur souhaite bonne continuation dans leurs prochaines fonctions.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 12h43.

Le prochain Conseil d'Administration aura lieu le jeudi 16 novembre 2017 à 9h30.

Procès-Verbal établi par David CASTILLO