

Cette semaine, entre autres...

Les chroniques hebdomadaires de l'UNHPC

Tome II
2010



Cette semaine, entre autres...

Les chroniques hebdomadaires de l'UNHPC

Tome II
2010



Union Nationale
Hospitalière Privée
de Cancérologie

*Coordination
et pluridisciplinarité
au service des patients
atteints du cancer*

Cette semaine entre autres...

Avant-propos

Voilà deux ans que nous publions une chronique, chaque lundi ou presque, à destination de nos adhérents. Elle propose une reprise partielle de quelques faits marquants de la semaine, avec l'éclairage de l'UNHPC.

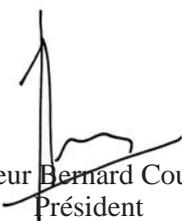
En fait ces chroniques sont lues très au-delà du cercle des adhérents.

Il nous a semblé utile de compléter leur reprise une par une sur notre nouveau site Internet (www.unhpc.org) par un recueil annuel.

C'est ainsi que vous trouverez dans les pages ci-après la reprise des 45 chroniques parues cette année 2010.

Nous profitons de cette courte présentation pour remercier ceux qui nous envoient souvent des suggestions, des remarques ou des critiques : elles nous sont un précieux encouragement à poursuivre.

Mardi 28 Décembre 2010



Docteur Bernard Couderc
Président



G. Parmentier
Secrétaire National

L'UNHPC est membre de la  du Conseil National de Cancérologie
et de la Plateforme commune de la cancérologie libérale et hospitalière privée



Table

Avant propos	1
1 - lundi 11 janvier 2010 : Volume d'activité	5
2 - lundi 18 janvier 2010 : Lutte contre les inégalités	7
3 - lundi 25 janvier 2010 : Conseil National de Cancérologie (CNC)	9
4 - lundi 1 février 2010 : Projet d'exclusion de la liste en sus de produits d'usage courant	11
5 - lundi 8 février 2010 : Des outils de régulation quasi automatiques de l'ONDAM	13
6 - lundi 15 février 2010 : Anticancéreux : projet d'exclusion de la liste en sus	15
7 - lundi 22 février 2010 : Tarification de la chimiothérapie	17
8 - lundi 1 mars 2010 : Tarifs 2010 de la chimiothérapie	19
9 - lundi 8 mars 2010 : L'avenir de la médecine libérale	21
10 - lundi 15 mars 2010 : L'avenir se prépare	23
11 - lundi 22 mars 2010 : Actualité : DGOS, Collège de la HAS, Réforme Obama	25
12 - lundi 29 mars 2010 : Pôles, chimiothérapie, MEDEF	27
13 - mardi 6 avril 2010 : Refondation	29
14 - lundi 19 avril 2010 : Métiers, médecine libérale, génome et Rencontres UNHPC	31
15 - lundi 26 avril 2010 : Matériels et dispositifs	33
16 - lundi 3 mai 2010 : Dépassements d'honoraires	35
17 - lundi 10 mai 2010 : Autorisation ; Direction à l'hôpital ; Règlement arbitral	37
18 - lundi 17 mai 2010 : Crise financière et organisation du système	39
19 - lundi 24 mai 2010 : Infirmiers anesthésistes ; Rapports officiels	41
20 - lundi 31 mai 2010 : L'hôpital et la MECSS ; les cliniques et l'Europe	43
21 - lundi 7 juin 2010 : Chirurgie de la cataracte	45
22 - lundi 14 juin 2010 : ASCO 2010	47
23 - lundi 21 juin 2010 : CNOI - Réglementation - Ligue - Contrôles T2A - EGAR	51
24 - lundi 28 juin 2010 : Eté, Réflexion stratégique, Production réglementaire	53
25 - lundi 19 juillet 2010 : Démographie médicale et paramédicale ; RRC	55
26 - lundi 26 juillet 2010 : Légion d'honneur - Factures - Missions - Médecine libérale	57
27 - lundi 2 août 2010 : Décrets GCS et autorisations	59
28 - lundi 30 août 2010 : Autorisations	61
29 - lundi 6 septembre 2010 : Déclaration des événement indésirables	63
30 - lundi 13 septembre 2010 : Bonnes nouvelles et bilans de rentrée	65
31 - lundi 20 septembre 2010 : Le Congrès des usagers de la FHP-MCO	67
32 - lundi 27 septembre 2010 : Les palmarès - Les conflits d'intérêts	69
33 - lundi 4 octobre 2010 : Congrès des réseaux - PLFSS 2011	71
34 - lundi 11 octobre 2010 : Claude Lefort - Multiplication des réunions - SFRO	73
35 - lundi 18 octobre 2010 : Chirurgie ambulatoire et HAS	75
36 - lundi 25 octobre 2010 : Autorisations en cancérologie	77
37 - lundi 2 novembre 2010 : Autorités administratives indépendantes	79
38 - lundi 8 novembre 2010 : Campagne tarifaire 2011	81
39 - lundi 15 novembre 2010 : Jeunes PH et jeunes internes	83
40 - lundi 22 novembre 2010 : Fatras administratif et législatif	85

41 - lundi 29 novembre 2010 :	Médecine libérale - Chirurgie ambulatoire	87
42 - lundi 6 décembre 2010 :	Médecine libérale - Inventions- Innovations	89
43 - lundi 13 décembre 2010 :	Alcoolisation fœtale, Compétence, Hôpital, Mediator, Biologie, A. Spire	91
44 - lundi 20 décembre 2010 :	Prises de fonction - A. Eggermont - E. Caniard - X. Bertrand	93
45 - lundi 27 décembre 2010 :	Louis Serfaty	95

Index :	99
----------------------	----

Présentation des applications iPhone de l'UNHPC :	103
---	-----

**Le lien entre
volume d'activité
et qualité des soins :
un sujet
politiquement
sensible**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/02

Date de parution : lundi 11 janvier 2010

Sujet : **Volume d'activité**

Mots types : Qualité ; Seuils ; IRDES ; Taille ; Etablissements ; Résultats ; Chirurgie ; Apprentissage ; Expérience ; Concentration ; Restructuration

Année 2010 - p. 5/103

Pour la deuxième fois, l'IRDES pose la question : **"Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France ?"**¹. Le bon sens nous dit depuis longtemps que c'est en forgeant qu'on devient forgeron. Mais d'abord nous ne sommes pas forgerons et ensuite on est dans le proverbial et non dans la science ! Il est donc heureux que l'IRDES² continue à mener ses études avec opiniâtreté. Il demeure pourtant qu'on sait tous que c'est en faisant régulièrement un geste qu'on lui donne assurance et maîtrise. Cela est vrai en chirurgie comme ailleurs.

Comment sortir du paradoxe ? Faut-il vraiment mettre en œuvre des moyens lourds pour arriver à "prouver" ce que dit le bon sens autant que le sens pratique ? Assurément oui, car l'important dans ces études ce n'est pas de "prouver" l'évidence, mais bien de montrer, le cas échéant, que les conséquences organisationnelles ne sont pas tirées, que les systèmes d'évaluation ne sont pas adaptés. Ces études permettent de voir s'il y a question et si oui, où. Ces études sont donc très nécessaires. Non pas pour la preuve qu'elles apportent d'évidences qui devraient être gérées, mais justement parce qu'elles soulignent les questions qui découlent du fait qu'elles ne sont pas suffisamment prises en compte.

C'est bien le cas de cette nouvelle étude. Certes le langage est très prudent et très convenu. Il pourrait faire penser à Descartes face à l'Eglise de son temps, et nous fait parfois regretter le recul, l'humour sur soi-même et sur les situations décrites dont sont capables les auteurs anglo-saxons en pareil cas. Mais cette prudence n'est pas sans cause. Elle a aussi du sens. Parfois elle oblige à une certaine exégèse. « *La littérature suggère que l'impact du volume d'activité est plus important pour les procédures complexes en raison d'un effet d'apprentissage plus élevé : la qualité de soins s'améliore avec l'expérience accumulée et ceci semble plus significatif dans le cadre de protocoles plus complexes.* » Ouf ! Merci la littérature est-on tenté de dire ! Mais ce qu'on veut sans doute nous dire c'est que le problème est globalement réglé pour l'appendicectomie, la pause de stents ou le pontage aorto-coronarien mais qu'il ne l'est pas pour la résection du cancer du colon ou la résection pancréatique (163, 134, 221 séjours par établissement contre 35 et 5...). Certes !

Nos travaux sur les autorisations nous avaient mis sur la piste. L'activité est en effet un bon critère d'autorisation, à condition de ne pas le biaiser par des motifs politiques.

Les questions de départ sont de vraies questions :

- "Existe-t-il des différences significatives de réadmission et de mortalité entre établissements, à gravité des cas égale ?
- Le volume d'activité d'un établissement a-t-il un impact sur la probabilité de réadmission et de décès d'un patient, à gravité égale ?
- Cette relation entre volume et résultats est-elle linéaire ?
- Quelles autres caractéristiques des établissements ont un impact sur les indicateurs de résultats de soins et modulent la relation entre volume et résultats ?"

Mais ces questions ne se posent pas dans un monde désincarné. La question du contexte est forcément liée. Citons-en quelques caractéristiques.

- Nous sommes en économie administrée. Il faut donc être gros afin que le "bargaining power", comme disent les manuels de gestion, se situe d'emblée au niveau requis pour la "négociation" avec la Tutelle. Le bel avenir des MIGAC³ en est l'illustration. Ce n'est pas le niveau requis pour atteindre des économies d'échelle qui compte, il y en a peu dans notre industrie de main-d'œuvre travaillant à la commande plus qu'à la série. S'il a fallu grossir ces dernières années c'est avant tout pour répartir les charges de gestion nouvelles, qualité, sécurité et exigences administratives spécifiques, en particulier. Mais, du point de vue d'une rationalité interne, il n'y a pas de raison de ne pas rester des PME⁴.
- Les CME⁵ américaines (sous diverses formes) interviennent de façon très brutale pour admettre ou récuser un collègue. A niveau de diplôme requis, le nombre de "procédures" faites par ce collègue est un des critères majeurs. Il guide la décision en tant que reflet de la capacité individuelle à bien faire. Notre histoire, notre manière de pratiquer nos devoirs d'indépendance et de confraternité nous empêchent de jouer ce rôle. Il faudra donc bien, une fois de plus, que d'autres se chargent de faire ce que les professionnels ne veulent pas faire, chez nous.



- Pour l'instant, nous n'en sommes pas encore à poser la question au niveau d'un individu au sein d'une équipe. Nous en restons au niveau des établissements. Cela situe le niveau de notre capacité à prendre en charges les conséquences organisationnelles de ces études.

On comprend l'angoisse des Tutelles planificatrices qui veulent nous faire croire que le "gros" est meilleur. D'où la très grande prudence des fonctionnaires qui procèdent à ce type d'étude. *"Il serait efficient de limiter le nombre d'établissements à très faible activité, mais il y aurait peu de bénéfice à concentrer l'activité au-delà d'un certain point"*. Ce n'est pas le "gros" qui a le plus de chance d'être bon, c'est celui qui est actif et organisé pour le service au patient. Lors d'une visite récente au CHU de Barcelone des hospitaliers français avaient été très surpris par la question insistante de son directeur : *"Comment faites-vous les Français pour gérer des établissements aussi énormes ? Chez nous la loi limite les hôpitaux à 600 lits. Moi qui dirige un des meilleurs CHU⁶ d'Espagne je trouve que c'est beaucoup trop ! A 600 lits, les professionnels ne se connaissent plus. C'est trop gros pour faire des soins de qualité"*. De fait, si l'on en croit les résultats de la HAS⁷ les "meilleurs" ont entre 150 et 300 lits, guère plus.

Mais revenons à la chirurgie. La courbe d'apprentissage pousse les Anglais à revoir assez fondamentalement la formation initiale. Ils s'interrogent sur l'opportunité de raccourcir substantiellement, pour la grande masse des futurs chirurgiens, la formation théorique et, parallèlement, de développer l'apprentissage manuel, l'entraîne-

ment, avec, à la clef, des épreuves de dextérité manuelle fortement sélectives. Cela donne aussi à réfléchir. On a vu récemment les déplacements dus à l'arrivée de la coeliochirurgie. Manifestement les qualités manuelles ne sont pas les mêmes qu'en chirurgie classique et les meilleurs ne sont pas toujours restés les mêmes. Les dons sont différents selon les techniques employées.

Ces études commencent aussi à montrer l'importance de l'environnement. Un établissement spécialisé peut mieux faire qu'un établissement polyvalent à volume équivalent. Un faible volume sur un geste précis est de moins mauvais pronostic dans un environnement à forte activité chirurgicale que dans un environnement à faible activité chirurgicale...

On le voit, tout ceci, corrélé aux études d'impact des seuils d'activité, a de fortes répercussions sur l'organisation de nos établissements. Cela contredit la course au gros sur seul motif de niveau de pouvoir d'influence, sans contredire le fait qu'il faut restructurer, c'est-à-dire fermer les structures à l'activité manifestement trop faible. La loi HPST⁸ qui organise la restructuration sous forme de "coopération" au lieu d'assumer les fermetures (certes politiquement difficiles) ne représente donc qu'une étape dans un processus encore largement en devenir.

Même un peu timorées, loin d'enfoncer des portes ouvertes, ces études nous aident à progresser sur des sujets politiquement sensibles.

¹ Zeynep Or, Thomas Renaud (IRDES) ; Quel lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France ? *Questions d'économie de la santé* n° 149 - Décembre 2009 - cf. mail UNHPC 10/04 du 5/1/2010

² IRDES : Institut de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (2004 - ancien CREDES)

³ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

⁴ Petites et moyennes entreprises

⁵ Commission médicale d'établissement ou Conférence médicale d'établissement

⁶ Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire

⁷ Haute autorité de santé

⁸ Loi hôpital patient santé territoire (loi "Bachelot" - 2008)

**"La lutte contre l'inégalité
constitue d'ores et déjà
un impératif cardinal
du Plan Cancer"**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/03

Date de parution : lundi 18 janvier 2010

Sujet : **Lutte contre les inégalités**

Mots types : Haïti ; Chirurgie ambulatoire ; AFCA ; Sarkozy ; Bachelot ; Grünfeld ; Legmann ; Médecine libérale ; Inégalités de santé ; Déterminants ; HCSP ; DGS ; Indicateurs ; Vade-mecum

Année 2010 - p. 7/103

Cette semaine, plusieurs événements méritent d'être cités.

Ceux qui ont accès à l'information sont ébranlés par les événements d'**Haïti** où l'horreur s'abat sur le malheur. L'urgence sanitaire n'y est pas un vain mot. Malgré le chaos qui règne là-bas, les nations se mobilisent. A l'heure où l'agonie des ensevelis vivants se termine et malgré les inégalités insupportables dans le développement des peuples que soulignent ces catastrophes, il y a là un signe d'espoir. De catastrophe en catastrophe, nos capacités d'interventions d'urgence solidaires et adaptés sont en progrès.

Mais revenons à notre champ professionnel.

- **La journée "Chirurgie" de l'AFCA¹** a été un succès. Beaucoup de monde et participation active. Les innovations viennent surtout des hôpitaux publics mais on notait mercredi la présence de beaucoup de médecins libéraux et de nombreux représentants d'établissements privés. Est-ce le signe d'un réveil ? Espérons-le. En tous les cas on passe très nettement de l'inaudible sur la place dominante que va prendre la chirurgie ambulatoire à la constatation d'une évidence souhaitable, chez les Tutelles comme chez les professionnels de tous statuts.
- A Perpignan, les témoins du **discours du Président de la République** ont été frappés de ce qu'aucune allusion n'a été faite aux cliniques ou aux médecins libéraux qui y travaillent. Même constat lors des vœux de Madame Bachelot aux professionnels de santé. Il n'est pas question de faire ici une comptabilisation mesquine de qui a été nommé et qui ne l'a pas été. Pourtant ces oublis portent sens. Nous sommes tolérés, mais nous ne sommes pas considérés comme des acteurs majeurs du système de santé. On fait hélas la même constatation pour tout ce qui touche au cancer, malgré notre rôle dominant. Le Président de la République a confié une mission au Conseil National de l'ordre des médecins pour refonder la médecine libérale. Cela pourrait être considéré comme un signe de sens contraire. Cela n'est pas le cas. Par médecine libérale il faut entendre les médecins généralistes. Les spécialistes qui travaillent sur plateau technique n'existent pas aux yeux de l'Etat et lorsque par hasard ils existent, ils font peur et paralysent... Quels que soient les doutes légitimes sur la portée de

cette initiative, nous proposerons bien sûr une contribution au Président Legmann...

Nous voudrions surtout retenir de cette semaine ce qui semble devenir une prise de conscience nouvelle et importante : celle des inégalités de santé dans notre pays. Au-delà de cette prise de conscience, une volonté politique se fait jour. L'important **Colloque "Réduire les inégalités de santé"**² organisé par la DGS³ et l'Institut de recherche en santé publique avec le concours de nombreux experts étrangers en est l'illustration. Parmi les experts présents, citons Michaël Marmot dont le rapport « *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants* »⁴ avait influencé le Pr Grünfeld lors de la rédaction de son rapport en vue du nouveau Plan Cancer.

Sans attendre le prochain rapport du Haut Conseil de Santé Publique, la Ministre s'est fortement engagée : "*La lutte contre l'inégalité constitue d'ores et déjà un impératif cardinal du plan cancer ou encore, par exemple, du plan santé environnement récemment mis en œuvre par le gouvernement : elle a tout naturellement vocation à devenir le principe général d'une prochaine loi de santé publique*". La Ministre a répété à peu près la même chose lors de ses vœux devant les professionnels.

En assistant au Colloque, on en voyait les limites. On avait parfois l'impression de participer à un rassemblement moderne de dames patronnesses. Les discours y étaient instruits et de bonne facture, mais ils montraient en même temps une double limite : on n'y abordait ni le concret du "qui, quand, où, comment", ni l'origine structurelle de ces disparités sociales de santé : le chômage, la précarisation, les reculs du droit du travail, l'accroissement des disparités de revenus et leurs causes...

Pourtant il y avait aussi des signes de progrès importants. La capacité d'analyse et de compréhension progresse. La Ministre a su nommer un certain nombre de mesures nécessaires : "*disposer d'indicateurs de santé qui tiennent compte des inégalités sociales et territoriales ; disposer d'indicateurs permettant l'identification et la compréhension des déterminants des inégalités territoriales de santé ; combler les carences de l'information statistique dans notre pays; développer des indices de développement humain...*". Les concepts se précisent et s'internationalisent (c'est ainsi que l'on doit maintenant connaître



des acronymes comme : DSS : Déterminants sociaux de la santé ; DSIS : Déterminants sociaux des inégalités de santé ; HIAP : Health in all policies - santé dans toutes les politiques -). En cancérologie, le Pr Grünfeld a fait de nouveau une excellente intervention sur le sujet. Les ARS ont leur *vade-mecum*. Les organisations internationales sont actives. L'Europe se mobilise...

Ce qui est sûr c'est que ces "disparités sociales de santé" sont un sujet d'avenir dans nos pays. Le passage dans les années 1980 d'un capitalisme "fordien" à un capitalisme "walmartien" les développe de façon structurelle. La crise financière sans précédent subie par nos pays ne fera que les accentuer plus encore⁵.

Il serait facile de fuir en instrumentalisant la fameuse phrase tronquée de Michel Rocard selon laquelle on "*ne peut accueillir toute la misère du monde*". La prise en charge de la misère dans les hôpitaux est une tradition millénaire et fondatrice de nos systèmes modernes. Elle a été un peu oubliée dans la période récente avec les progrès de la science et, surtout, l'extension de nos systèmes de sécurité sociale solidaires. Or, l'expérience prouve qu'il avait raison celui qui, il y a deux millénaires, faisait le constat que "*des pauvres vous en aurez toujours*". Par ailleurs, on ne peut être hospitalier sans cultiver une double tension. Celle du devoir d'hospitalité d'abord. Mais aussi celle découlant de ce savoir ancestral repris sous forme de prescription par le philosophe moderne : "*que rien de ce qui est inhumain ne te soit étranger*"⁶. Or

ces rejetés du système de santé vivent bien une forme d'inhumanité, et notre civilisation sera aussi jugée comme toutes les autres sur la place qu'elle sait ou ne sait pas leur faire. Peu responsables de leur apparition, le système de santé et le système hospitalier sont au cœur des questions relatives à leur prise en charge. Enfin, rappelons que l'Etat s'est très longtemps complètement désintéressé des hôpitaux, sauf parfois pour les blessés de guerre. Jusqu'à très récemment seul le privé a su développer des hôpitaux. Sur le sujet qui est le nôtre aujourd'hui, les "ONG"⁷ sont souvent les plus présentes, les plus innovantes. La Ministre en appelle d'ailleurs à rien moins qu'à une "*réinvention de l'intervention publique*". Il n'y a donc aucun complexe à avoir. Seules une forte imagination, une ferme volonté, une bonne qualification et un peu d'habileté sont nécessaires. Mais y a-t-il des innovations stratégiques qui ne demandent pas cela ?

Aujourd'hui ou demain, nos Etablissements peuvent-ils contribuer à la résolution de ces questions, concrètement, sur leur territoire de santé, et si oui, comment ? Question lourde, incontournable. Les réponses n'ont rien d'évidentes, d'univoques ou de contraintes. Mais ce thème doit maintenant s'inscrire dans nos réflexions stratégiques concrètes.

¹ Association française de chirurgie ambulatoire

² cf. mail UNHPC 09/537 du 1/12/09 et UNHPC 10/22 du 16/1/10

³ Direction générale de la santé - Ministère de la santé

⁴ cf. mail UNHPC 09/170 du 3/5/09

⁵ cf. entre autres le très bon numéro de novembre de la revue Esprit : "*Les contrecoups de la crise*"

⁶ André Glucksmann, *Le XI^e commandement*, Flammarion

⁷ Organisation non gouvernementale

L'apparition
chez les professionnels
d'acteurs majeurs et organisés
pour développer
la qualité des pratiques
dans un système administré
et en voie de bureaucratisation,
comment ne pas s'en réjouir ?

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/04

Date de parution : lundi 25 janvier 2010

Sujet : **Conseil National de Cancérologie (CNC)**

Mots types : Collège ; HAS ; INCa ; Trillet-Lenoir ; Couderc ; DPC ; Evaluation ; Bonnes pratiques

Année 2010 - p. 9/103

Il était tentant de consacrer cette chronique au projet d'arrêté sur la sortie de nombreuses molécules de la liste en sus¹. L'inquiétude qu'il soulève est justifiée par les difficultés réelles qu'il va générer. Hélas, le sujet n'est pas neuf. Mais pour une fois il y a aussi, cette semaine, une bonne nouvelle à souligner. C'est donc le choix que nous ferons. En effet, le "**Conseil National de Cancérologie**" a été créé ce mercredi 20 janvier 2010².

A l'origine, c'était une demande de la HAS, soutenue par l'INCa : face à la multiplicité des sociétés savantes concernées par un organe ou un ensemble cohérent de pathologies, il serait plus simple pour elle d'avoir un seul "*collège de bonnes pratiques*" pour interlocuteur. Plusieurs existent déjà.

Dans un premier temps, la cancérologie se sent peu concernée. Plusieurs raisons à cela. D'abord elle n'a pas besoin d'un "machin" de plus. Elle est malade d'un trop de "réunions". Elle a des sociétés qui fonctionnent bien, telle la SFRO³. Elle en a d'autres qui fonctionnent mal et qu'il faut redynamiser, en particulier celles concernant l'oncologie médicale. Ce n'est pas en rajoutant une société de plus que nous progresserons. Enfin, nous avons l'INCa⁴. Sur la question des bonnes pratiques il devrait avoir un rôle d'animateur et de fédérateur. Bref, nous traînons les pieds.

Puis, au fil des mois les choses évoluent. Le projet HAS⁵ paraissait purement utilitariste, fait pour elle. La loi évolue et les collèges vont être amenés à assumer des responsabilités spécifiques, en particulier avec l'apparition du DPC (développement professionnel continu). L'INCa évolue lui aussi. Les promesses de "Maison commune" sont définitivement oubliées. L'idée d'une réforme des statuts permettant d'avoir un vrai CA d'agence d'Etat assisté non seulement d'un Conseil Scientifique, mais aussi d'un Conseil sociétal qui rassemble tous les acteurs est refusée. Pourtant elle aurait consolidé l'INCa vis-à-vis des administrations et facilité tout à la fois les concertations et l'animation de l'interprofession. La conséquence est claire : l'INCa risque de se transformer lentement mais sûrement en annexe de la DGS⁶. Ce n'est pas une bonne nouvelle pour les professionnels, les libéraux en particulier. Dans la pratique on constate des blocages et maintenant aussi des reculs sur des dossiers importants.

L'affaire non close des compétences pour les actes de chimiothérapie, l'abandon de fait de la notion d'établissement "associé", la déshérence du dossier de l'oncologie médicale, l'ambiguïté des positions défendues en matière d'anatomopathologie alors même que la profession est unie et active, le refus de s'intéresser aux dossiers impliquant la médecine libérale et la CNAM⁷ en sont des illustrations. Tout cela pose question.

Bref, l'évolution des pratiques administratives, la difficulté d'articuler la multitude d'intervenants qui veulent s'occuper de "qualité" mais donnent souvent le sentiment, parfois plus, de vouloir protéger l'administration plutôt que les patients et les professionnels, reposent la question de la capacité d'initiative de ces derniers. Un collègue les rassemblant sur les questions de la qualité des soins et de l'organisation des bonnes pratiques ne serait-il pas plus écouté ? La nécessité de fédérer nos organisations se pose avec notre "Plateforme commune". Elle se pose aussi sur l'ensemble du champ de la cancérologie. On ne peut plus défendre l'avenir de la chirurgie carcinologique sans assurer l'avenir de l'anatomopathologie et son accessibilité. Les soins de support s'intègrent à la pratique de la prise en charge globale. L'oncologie médicale ne peut rester seule face à une administration qui ne veut pas en saisir les enjeux. Comment se faire mieux entendre ? L'idée du Collège prend du sens. Les fondateurs travaillent à la mise au point des statuts et du règlement intérieur.

Avant leur AG, les fondateurs ont rencontré la HAS et l'INCa. L'INCa s'est interrogé. "*Les questions d'organisation sont-elles bien dans le champ du "Collège" ? Leur intégration ne risque-t-elle pas de poser questions sur le champ des procédures réglementaires de concertation ?*". Cette prise en compte des exigences de l'organisation était au cœur de la création de l'UNHPC en 1975. Nos fondateurs étaient convaincus que la compétence ne suffisait plus en médecine et qu'il lui fallait, pour s'exprimer, une organisation adéquate. Cette exigence générale était renforcée, pour eux, par celle de la pluridisciplinarité. Cette certitude reste au cœur des démarches et de la culture de l'UNHPC depuis. Mercredi, l'ensemble des fondateurs du Conseil était sur cette position. Pour tous, qualité des pratiques et qualité de l'organisation sont bien



au cœur de l'objet de nos sociétés savantes. Le projet de statut a donc été confirmé en ce sens.

La gestation aura été longue. Mais ça y est, le Collège est né. Un projet de décret d'application de l'article 58 de la loi HPST⁸ change le vocabulaire. Il s'agira maintenant de "Conseils" et non de "Collèges". L'AG constitutive en tient compte. Les statuts prévoient une présidence tournante de deux ans. Le **Pr Véronique Trillet-Lenoir** est élue Présidente pour 2010-2011. Le **Dr Bernard Couderc** lui succédera. Le fait qu'ils aient tous deux été élus à l'unanimité des 12 organisations fondatrices est de très bon augure.

L'ordre du jour des prochains mois est chargé. Plan de travail, constitution de groupes de travail, adhésion à la Fédération des Spécialités Médicales, réponse à l'AFSOS - Association francophone pour les soins oncologiques de support - qui demande très logiquement son adhésion, modalités d'articulation avec l'anatomo-cytopathologie... Création de liens avec la HAS, l'INCa, les sociétés savantes impliquées depuis le dépistage jusqu'aux soins de support, en particulier celles des spécialistes d'organe, mise en place du DPC⁹... L'AG constitutive a aussi évoqué comme urgent des dossiers comme celui des compétences en oncologie médicale, le dossier spécifique de l'avenir de l'oncologie médicale, celui des indicateurs qualité-sécurité des pratiques, la question de la mise en cohérence HAS/CCAM¹⁰ en radiothérapie... Il faudra prioriser.

Ce nouvel acteur est-il le signe d'un réveil des professionnels, d'une capacité retrouvée à prendre son destin

en main sur le champ de la qualité des pratiques ? On se prend à rêver en cette période où tout le monde souligne au contraire, le désengagement, la culture de dépendance, le fatalisme des professionnels. L'apparition d'acteurs majeurs et organisés pour développer la qualité des pratiques dans un système de santé administré et en voie de bureaucratisation rapide, comment ne pas s'en réjouir ? Il y a dix ans - la préhistoire ! - l'UNHPC et la FNCLCC¹¹ tentaient de lancer OncoFrance. Il faut du temps au temps, mais les bons sujets perdurent !

Trois facteurs clefs permettront la réussite, nécessaire, du Conseil National de Cancérologie.

- Le premier est notre capacité de mobilisation individuelle et collective.
- Le second est la capacité du Conseil à maintenir ou créer un accord public-privé sur une même conception du soin, à dégager et à exprimer des points de vue communs, transversaux qui soient forts et structurants de nos pratiques.
- Le troisième est la capacité du Conseil à prendre la défense de ceux d'entre nous qui sont trop faibles pour intéresser ou être entendus par les Tutelles alors même qu'ils sont indispensables à la qualité des pratiques et des prises en charge.

Les fondateurs étaient tous d'accord pour relever ces trois défis.

Souhaitons longue vie et plein succès au Conseil National de Cancérologie !

¹ cf. mail UNHPC 10/37 du 24/1/10

² cf. mail UNHPC 10/38 du 24/1/10

³ Société française de radiothérapie oncologique

⁴ Institut national du cancer

⁵ Haute autorité de santé

⁶ Direction générale de la santé - Ministère de la santé

⁷ Caisse nationale d'assurance maladie

⁸ Loi hôpital patient santé territoire (loi "Bachelot" - 2008)

⁹ Développement professionnel continu (2009)

¹⁰ CCAM : Classification commune des actes médicaux

¹¹ Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (agrée EPP - 2006)

**Assez
d'irresponsabilité
généralisée
en oncologie médicale.
Assez !
Au travail, de grâce !**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/05

Date de parution : lundi 1 février 2010

Sujet : **Projet d'exclusion de la liste en sus de produits d'usage courant**

Mots types : Liste en sus ; Oncologie médicale ; Médicaments ; T2A ; Volume du droit ; Legifrance ; Chirurgie ambulatoire ; HAS ; Démographie ; ONDPS ; Legmann

Année 2010 - p. 7/99

Asez ! Assez ! Sont tentés de clamer beaucoup de ceux qui travaillent en oncologie médicale. Assez d'incurie, assez d'impéritie, assez d'hypocrisie, assez de ces comportements d'autruches...

Qu'est-ce qui cause tant de colère et d'inquiétude ? **Le projet d'exclusion de la liste en sus de produits d'usage courant**, Paclitaxel - Vinorelbine - Oxaliplatine - Phosphate de fludarabine - Epirubicine. Il s'ajoute, entre autres, à l'exclusion antérieure et coûteuse des facteurs de croissance¹.

Bien sûr rien n'est simple ! Bien sûr ! Mais nous avons de la mémoire.

Il y a dix ans il était considéré comme "naturel" de faire des chimios en ambulatoire dans les cliniques et en hospitalisation complète à l'hôpital. L'iniquité du désordre dans les allocations de ressources était grande et perverse. A l'initiative du privé, elle a diminué avec la création d'enveloppes fléchées pour le public. L'Etat ne savait ni qui il avait autorisé ni combien de chimiothérapies se faisaient. Il en était réduit à nous le demander ! Heureusement la CNAM existait encore et, à grands frais, sortait des études de référence. Puis vint une période de grand trouble tant les Tutelles étatiques étaient décidées à baisser les prix versés au privé (arrivée de la T2A, abandon de la marge des 30 %...). Annus horribilis ! Plus que l'action syndicale, la prise de conscience que jamais le public n'arriverait à absorber le surcroît de charges de travail que cela allait générer a stoppé cette initiative. Puis vint le deuxième Plan Cancer, celui de Chirac. À grand-peine ce dernier finit par "*découvrir que l'on peut être très bien soigné du cancer dans les petits établissements*". C'est la période des promesses tenues de garantir l'accessibilité à tous des médicaments innovants. Nous avons tous vécu ces dernières années avec ce privilège : un prix versé qui était correct et permettait de mettre à niveau nos plateaux techniques comme nos pratiques ; une liste en sus qui garantissait l'accessibilité aux "molécules innovantes".

L'UNHPC a toujours demandé que cette période "privé-giée" soit mise à profit pour, collectivement, se mettre en mesure d'affronter les défis qui nous attendent de façon certaine. La question est simple. La solvabilité du marché du cancer permet de financer les plus gros budgets de re-

cherche médicale. Les progrès génèrent des approches thérapeutiques de plus en plus ciblées. La base d'amortissement de ces immenses budgets se rétrécit. Les prix ne peuvent donc que monter de façon vertigineuse. Comment gérer ce défi au niveau de nos systèmes de santé ? Si nous n'anticipons pas nous allons dans le mur. Le choc sera très douloureux pour tous.

Hélas, hélas ! Telle sœur Anne nous ne voyons rien venir. L'UNHPC ne cesse d'alerter, de supplier, de proposer. En mai dernier l'« Appel des oncologues » au Président de la République soulignait qu'« *il y a donc un vrai paradoxe, une vraie contradiction, à traduire dans les faits une priorité d'accès aux médicaments innovants et souvent très coûteux en cancérologie et à délaisser le métier qui est censé les prescrire et en assurer le bon emploi auprès des patients comme auprès du pays* ».

Depuis près de 10 ans la réforme du K15 est prête et inscrite dans tous les Plans Cancer. On continue à payer les oncologues pour ce qu'ils ne font pas, une injection, et non pour leur compétence clinique. Rien ou presque pour développer les inclusions dans les essais. On ne protège pas la cancérologie des dérives de la médecine commerciale (dépassements dans le libéral comme dans le public, secteur privé et "filières" à l'hôpital). Une discipline qui n'est même pas individualisée dans les statistiques. Rien pour encourager les jeunes à s'investir dans ce métier plein d'avenir, au contraire on commence à succomber à la tentation du succédané de la déqualification. Encore moins pour prendre à bras-le-corps la question de l'attractivité de l'oncologie médicale libérale qui s'enfonce. Une religion infantile de la "comptabilité analytique" qui fait croire que le coût de l'oncologie médicale se rapproche de celle d'une injection. Une hypocrisie administrative qui fait semblant de croire que la régulation se fera toute seule si l'Etat apprend aux professionnels à acheter mieux ou à respecter les protocoles. Sous prétexte de se démarquer des Anglais, aucune tentative sérieuse d'approche médicoéconomique du service médical rendu. Un CBUM² fourre-tout dont chaque élément est défendable mais qui ressemble plus à une collection de parapluies qu'à une politique cohérente priorisée et étalée dans le temps, même si, dame nature étant bonne mère, la pratique est moins désordonnée qu'on pouvait le craindre. Des tentations de sanction collective. Des Omedit où



l'Etat confond allégrement observatoire collectif et radar policier. Aucune initiative pour prendre en charge sérieusement et de façon adaptée la fonction sécurité. Rien pour former à l'éthique ou pour formaliser les procédures nécessaires aux dilemmes qui s'annoncent. L'industrie ? Absente du débat. Au total des professionnels découragés et passifs, noyés par leurs obligations et la pression bureaucratique. Et, devant la panique des prix qui s'envolent, l'exclusion de la liste. La charge devient insupportable pour les Etablissements ? Qu'ils se débrouillent. Les effets pervers vont se développer à nouveau ? Pourquoi pas ? A force de se refilet la patate chaude, c'est le dernier qui se brûlera, le patient. Il est brave, la question est si complexe qu'on ne l'entend pas !

Bref l'irresponsabilité généralisée. Assez ! En effet. Au travail, de grâce !

Signalons brièvement trois sujets qui ont fait eux aussi l'actualité :

- **la production du droit.** D'après le Monde de mercredi (cf. ci-après), *"le Parlement, surmené, dénonce la frénésie de lois, les parlementaires sont au bord de la crise de nerfs - Députés et sénateurs n'en peuvent plus et le font savoir"*. Et nous donc ! L'article oublie de citer la santé comme prototype caricatural de cette folie. Sa conclusion est réaliste : *"Tout le monde en convient. Et rien ne change."* Mais pour soigner il faut d'abord faire le diagnostic. Avancerait-on un peu sur ce plan ?
- **la chirurgie ambulatoire :** lors de leur audition

(cf. ci-après) par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, les dirigeants de la HAS font un plaidoyer pour la chirurgie ambulatoire et une politique tarifaire adaptée. Bravo ! C'est un signe fort de l'avancée de ce dossier. L'hôpital public se réveille. Les cliniques ? Où est l'ardeur des pionniers ?

- **la démographie :** jeudi, en introduction du colloque de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) sur *« Le renouvellement des effectifs médicaux »*, le Président Legmann a pointé du doigt une réalité très alarmante³. Les jeunes médecins spécialistes ne s'installent plus en libéral. Aucune installation sur plusieurs spécialités cette année ! Grave pour nous, grave pour le pays. Pas un orateur n'en a reparlé. Tous étaient focalisés sur l'hôpital et la médecine générale. Le sujet de la productivité comparée des différents exercices et de ses déterminants est toujours tabou. Pourtant, s'il n'y a plus de spécialistes libéraux, il y aura explosion des files d'attente. Conclusion : soit des mesures fortes sont très rapidement prises pour rendre cet exercice attractif soit on fait exploser le numerus clausus pour compenser la baisse de productivité globale. Dans le cas contraire, on va à la catastrophe. L'Etat ne semble pas avoir pris la mesure de cette exigence.

¹ cf. mails UNHPC 10/35 et 10/49

² Contrat de bon usage du médicament

³ cf. mail UNHPC 10/30

Quel est le pire :
la régression
sur un statut de tâcheron
qui se renforce avec HPST,
ou la
concurrence régulée ?

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/06

Date de parution : lundi 8 février 2010

Sujet : **Des outils de régulation quasi automatiques de l'ONDAM**

Mots types : Woerth ; Briet ; Prix provisoire ; Dépendance ; Tâcheron ; A. 37 Code de déontologie ; Procédure collégiale ; Liste en sus ; Infirmière de coordination ; Forfait cancer ; Coopération entre professionnels ; Ordre ; CLIO ; Legmann ; FFOM

Année 2010 - p. 9/99

Cette semaine, nombreux sont les sujets évoqués qui sont déterminants pour notre avenir.

Des prix provisoires. Eric Woerth a chargé Raoul Briet de trouver de nouveaux outils de régulation "quasi automatique" de l'Ondam. La solution est connue, c'est celle des prix provisoires. C'est un sport que pratiquent depuis longtemps certains secteurs économiques comme l'agroalimentaire. C'est aussi une forme de régulation qui a été proposée par le privé lors des négociations qui ont débouché sur l'accord du 4 avril 1991. L'approche par enveloppe (l'OQN¹) et la tarification à l'activité sont là. Elles étaient complétées par celle du prix provisoire. Proposé en début d'année, il est transformé en prix "définitif" en fin d'année en fonction de ce qui reste ou de ce qui a été pris en trop sur l'enveloppe. De toutes les demandes du privé, c'est la seule qui n'a pas été retenue. Trop neuf, l'Etat n'a pas osé, n'a pas voulu.

20 ans après, Bercy en redécouvre les vertus. On risque maintenant d'assister à des comportements paradoxaux. Il y aura forte opposition de beaucoup, compte tenu des blocages liés aux "lettres clef flottantes" et à l'horrible "régulation comptable". Pourtant ce système de prix provisoire a des qualités, celles de la concurrence régulée. Quel est le pire : la régression sur un statut de tâcheron qui se renforce avec HPST², ou la concurrence régulée qui laisse ses chances à l'innovation et à la liberté d'entreprise ?

En fait, cette idée rejoint aussi une intuition développée par quelques leaders du secteur : un jeu à trois est plus ouvert qu'un jeu à deux. Il ouvre à la négociation. Concrètement, le secteur hospitalier ne se donnerait-il pas la chance de retrouver un allié avec le Ministère de la Santé, sur les questions de santé justement, face aux exigences plus strictement financières de Bercy ?

Mais il faudrait un changement complet de paradigme. Il faudrait que les professionnels retrouvent le goût de l'entreprise, de la proposition, sortent de l'attitude du tâcheron face à son "bon Maître" qu'il courtise le jour pour mieux l'insulter la nuit. Il faudrait que le Ministère de la Santé cesse de croire qu'il sait mieux que les professionnels ce qu'il faut faire en face d'un patient. Il faudrait qu'il veuille réguler et non gérer. Il faudrait, au sein de l'inévitable ONDAM³, renoncer à la gestion par injonctions normatives, primes et subventions, fixation

d'OQOS et autres "contrats" d'objectifs et de moyens qui ne sont que les ordres du "bon Maître".

Il faudrait, calmement, posément, travailler sur les conditions et les règles du jeu. Régulation par les prix, garde-fous à mettre en œuvre, système de contrôle à mettre en place sur la qualité de la prestation, recours en cas d'abandon d'une pathologie ou d'un territoire...

Il faudrait, il faudrait...

Bref, l'idée est bonne mais il faut y travailler. On en est très loin. Mais c'est ça ou le rationnement. Il faudra choisir. Woerth n'a pas donné la recette, il a ouvert une porte. Cela vaut la peine d'aller voir ce qu'on peut y trouver. HPST va vite prendre de l'âge.

Pour autant, ce n'est pas parce qu'il y a peut-être un salon au château où l'on prépare un avenir efficace pour le pays qu'il faut oublier de fréquenter assidûment "notre bon Maître". Il faut aussi être efficace à court terme pour nos entreprises.

La révision de l'article 37 du code de déontologie⁴. Il s'agit de précisions apportées au texte revu en 2006, suite à la loi Leonetti. Ces précisions concernent la décision d'arrêter les traitements et le déclenchement de la procédure collégiale. Elles facilitent le travail des professionnels et les relations avec les proches. En effet, elles encadrent la démarche nécessaire à la prise en compte du débat éthique. Ce faisant, elles lui donnent de la force. C'est un progrès. Si ce n'est déjà fait, il faut l'intégrer dans nos organisations, à froid, car le faire à chaud est toujours beaucoup plus difficile et laisse toujours des traces douloureuses.

La mise en œuvre des traitements antalgiques et du soutien à l'entourage devient aussi un devoir déontologique. Il s'agit sans doute là d'un rappel...

La dernière exclusion de la liste en sus. Le projet de décret reste l'événement important de la semaine. Nous ne sommes pas encore sortis de l'incertitude. Qu'il est difficile de parler d'une seule voix, même lorsque tous les professionnels et leurs organisations sont d'accord ! Cette semaine n'y a pas suffi. Chacun veut rester maître de son expression.

Dans ce contexte, deux réunions déjà programmées donnent à penser.

- La première est consacrée à la création d'un poste d'in-



firmière de coordination. Il y aura "expérimentation". Cette idée vient de la mesure 18 du Plan Cancer "*personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant*". On peut s'étonner de cette création de poste hospitalier sur un champ qui devrait être couvert, en particulier par les réseaux de santé. Leur financement est toujours fragile. Les cliniques n'ont toujours pas de financement pérenne pour les assistantes sociales...

- La seconde sera consacrée au "*forfait cancer*". La DHOS⁵ et l'INCa⁶ constatent l'iniquité dans la répartition des MIG⁷. Enfin ! Ils veulent des règles simples et objectives pour les affecter. Enfin ! Il faut féliciter les fonctionnaires courageux qui ont suffisamment de sens du service public pour faire évoluer leurs administrations respectives. Bien sûr les cliniques vont en sortir gagnantes. C'est pour 2011. C'est bien, mais long !

Tout cela va donc coûter. L'actualité nous pousse à un étrange rapprochement qu'on espère faux. Mais quand même. Comment échapper à la question de savoir si la gestion par l'Etat n'a pas une logique ? On baisse les rémunérations des établissements (plus de 110 millions avec la sortie de liste prévue !) et cela dégage de quoi financer l'action de l'Etat qui pourra dire : "*voyez ce que j'ai fait !*" Magique ! Volonté politique ou politique contradictoire menée par des services sans coordination ? On serait dans le comble de l'économie administrée, mais c'est un classique. « "*Notre bon Maître*" est dur (ici il baisse les prix) *mais il est bon* (voyez ces subventions...) ». Nous n'y pouvons pas grand-chose, nous ne

sommes plus que de modernes tâcherons dépendants de leur Maître. Les patients, eux, peuvent influencer "notre bon Maître", car il en a peur. Voyez l'EPO⁸. Ce serait pareil pour les anticancéreux. La Ligue et le CISS⁹ commencent à prendre conscience que, malgré les efforts des professionnels, les patients seront les premiers à payer le prix des effets pervers engendrés par cette nouvelle et importante (20 %) baisse de rémunération de la chimiothérapie. C'est heureux. Il faudrait qu'ils arrivent à s'exprimer, sans trop tarder.

La coopération entre professionnels. Les 7 ordres des professions de santé ont organisé une conférence de presse commune motivée par l'arrêté sur la coopération entre professionnels de santé¹⁰. Vrai sujet. Mauvaise solution que celle de l'arrêté. Les ordres ont bien raison de demander des garanties sur les qualifications et les compétences. Nous ajouterons sur les responsabilités. En cancérologie, nous sommes bien placés pour savoir que l'Etat est tenté de résoudre les questions démographiques par la déqualification et que, s'il parle beaucoup de coopération, il en change souvent la signification. A suivre donc.

Il nous faudrait aussi évoquer la "**mission Legmann**", le dossier sans fin de la radiothérapie, le colloque de Dauphine sur l'avenir de la médecine libérale, la renaissance espérée de la FFOM¹¹... La place nous manque. Nous y reviendrons car ils resteront dans l'actualité.

¹ Objectif quantifié national (enveloppe nationale annuelle de dépenses autorisées pour l'hospitalisation conventionnée. - outil de régularisation des dépenses de santé basé sur la notion de "tarif flottant" et d'enveloppe globale)

² Loi hôpital patient santé territoire (loi "Bachelot" - 2008)

³ Objectif national de dépenses d'assurance maladie

⁴ cf. mail UNHPC 10/58 du 6-2-10

⁵ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé (remplace la DH le 21 juillet 2000, elle même remplacée par la DGOS par le décret du 15 mars 2010)

⁶ Institut national du cancer

⁷ Mission d'intérêt général

⁸ Érythropoïétine

⁹ Comité interassociatif des usagers du système de santé

¹⁰ cf. mail UNHPC 10/21 du 16-1-10)

¹¹ Fédération française des oncologues médicaux

**Sur le projet
d'arrêté d'exclusion d'un certain
nombre d'anticancéreux
de la liste en sus au 1^{er} mars,
tout a été dit !
Bien sûr, comme il y a dix ans,
il ne s'agit que d'un
mauvais rêve !**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/07

Date de parution : lundi 15 février 2010

Sujet : **Anticancéreux : projet d'exclusion de la liste en sus**

Mots types : Oncologie ; GHS ; Plan Cancer ; Accessibilité ; Tarif ; Prix ; Coût ; Régulation ; Effet pervers ; Ethique ; Liste d'attente ; K15

Année 2010 - p. 11/99

Que dire ? Sur le **projet d'arrêté d'exclusion d'un certain nombre d'anticancéreux de la liste en sus au 1^{er} mars 2010**, tout a été dit !

Bien sûr qu'il y a un problème avec les prix des médicaments anticancéreux qui grimpent beaucoup plus vite que l'inflation et que l'ONDAM¹. Cela fait des années que nous demandons une concertation sur ce sujet difficile. Il faut préparer l'avenir.

Pour l'Etat il n'y a pourtant pas de problème, il suffit de bien acheter et de respecter les bonnes pratiques.

Bien sûr c'est un mythe de penser que les professionnels vont apprendre de l'Etat qu'il faut négocier leurs achats et que, s'ils le font, tout ira bien.

Bien sûr c'est un autre mythe de penser que si les professionnels appliquent les bonnes pratiques, il n'y aura plus de problème de financement.

Bien sûr tout le monde est pour l'intégration dans les GHS². Nous, nous le sommes même pour une grande partie des MIGAC³... Là, nous sommes moins nombreux. Mais, plus on met de choses dans le GHS et plus on permet aux professionnels d'exercer leurs responsabilités, leurs compétences, leur capacité à innover. En l'occurrence, pour les médicaments comme pour les dispositifs, il faut quand même respecter quelques précautions : il faut que le prix du GHS en tienne compte et il ne faut pas qu'on soit en position de monopole ou d'oligopole, sinon la négociation est impossible ou inégale. Pour ce qui est de l'arrêté, nous n'avons aucune garantie sur le fait que le prix du GHS tiendra compte du surcoût des médicaments concernés.

Bien sûr penser que les professionnels vont trouver des réserves de productivité dans la mise en œuvre de produits à usage contraint, même génériques, est un mythe. Les rendre responsables du coût des médicaments est une imposture car tout le monde sait qu'ils n'y sont pour rien.

Bien sûr la pression sécuritaire, le contrat de bon usage du médicament, les exigences des inspections, la montée des qualifications, les investissements du type salle blanche, tout cela coûte, coûte cher, coûte de plus en plus cher aux Etablissements. L'Etat continue de croire que le prix du GHS de chimiothérapie est trop élevé. Sans doute

croit-il comme la Sécu que le coût d'une chimiothérapie peut se réduire à celui d'une injection faite par une infirmière ? Sans doute oublie-t-il les bonnes pratiques dont il nous parle sans cesse. La coordination, les concertations, les suivis, les inclusions, la diversification des compétences, les évaluations... Tout cela coûte. Non, l'Etat ne le sait pas. C'est bien sûr pour cela qu'il n'a pas su exiger l'application de la réforme du K15 prévue par lui, dans son propre Plan Cancer. Elle est prête depuis près de 10 ans. Tout le monde s'accorde à la trouver nécessaire. Rien. Ou plutôt si, la tentative récente de déqualifier l'oncologie pour ne pas affronter la question de la démographie.

Bien sûr le système des "EMI" - écart moyen indemnisable - a fonctionné, mais tout le monde sait qu'il n'est pas sain. Les établissements ne sont pour rien dans sa conception, ils ne sont pour rien dans sa mise en place. Le piège se referme. Ce sont ceux qui l'ont conçu et ceux qui l'ont mis en place qui, maintenant, l'oublient, au risque d'organiser la casse. Lorsqu'on sort un produit de la liste en sus, il faut bien sûr vérifier l'impact "prix d'achat" mais aussi l'impact du "manque à gagner" de l'EMI et réévaluer le tarif du ou des GHS en conséquence.

Bien sûr les professionnels sont sans doute trop passifs devant tant d'incurie. Mais on ne peut pas leur reprocher de ne pas souligner les problèmes, donner des pistes de réflexions, des voies de solution. L'UNHPC n'arrête pas. L'Appel des Oncologues auprès du Président de la République au mois de Mai 2009 ? Rien, aucun écho. Ceux qui reprochent aux professionnels de n'être pas plus offensifs devraient aussi se demander si le découragement n'est pas un facteur explicatif, après trois Plans Cancer et les innombrables mesures qu'ils ont mis en œuvre sans que ces questions de fond ne soient abordées sur le long terme.

Bien sûr nous aurions dû nous exprimer tous ensemble. Rien n'est facile. A la Cour de Roi, chacun tient à maîtriser son expression et sa position devant les caméras. Mais un communiqué commun entre l'UNHPC, la FHP-MCO, les syndicats représentatifs des médecins oncologues, les sociétés savantes et la Ligue, c'est une première,



pleine d'espoirs et de sens.

Bien sûr la France est un pays privilégié depuis le deuxième Plan Cancer, celui de J. Chirac, celui qui a créé la "liste en sus". Qu'on ne dise pas que les professionnels n'en ont pas conscience. Ils sont nombreux à avoir demandé qu'on profite de ce répit, de cette période privilégiée, pour préparer l'avenir au plan économique, au plan des pratiques, au plan de la prise en charge des questions éthiques. Rien. Si, beaucoup de temps perdu.

Bien sûr les patients vont souffrir de ces mesures brutales. Quelle hypocrisie permettrait de laisser croire qu'il n'y aura pas d'effets pervers (remarquons au passage que celui de la multiplication des séances ne pourrait pas s'envisager si, comme le demandaient les professionnels, les chimiothérapies étaient payées sur la base de forfaits...), que ne se développeront pas, de nouveau, des difficultés d'accès et des inégalités d'accès aux bonnes pratiques ?

Bien sûr il y aura des files d'attente si l'INCa⁴ persiste à développer des listes d'établissements habilités à prescrire tel médicament comme il tente de le faire avec le Yondelis et comme il s'appête à le faire pour d'autres prises en charge, alors même que nous avons un système d'autorisation qu'il suffit de faire fonctionner, quitte à le rendre plus exigeant.

Bien sûr, un jour, les professionnels et les patients, les consommateurs ou les citoyens finiront par se révolter devant les systèmes de primes et de subventions.

Comme les réglementations touchant à la sécurité, ils ont tendance à satisfaire les administrations plutôt qu'à améliorer le service rendu sur deniers publics. C'est sûrement le hasard qui fait qu'on décide, par ces modalités de sorties de listes, de ponctionner les établissements de plus de 100 millions d'euros et qu'on leur propose, au même moment, de créer des postes "d'infirmières hospitalières de coordination" afin d'aider les médecins généralistes à devenir le "pivot" de la prise en charge ! Que les chasseurs de primes se réjouissent, il y aura même une "expérimentation" !

Alors, oui, si ce projet d'arrêté est maintenu, ce sera une catastrophe pour tous, pour les patients en particulier. Si, dans leur cécité ou dans leur idolâtrie d'une comptabilité analytique en coût direct forcément basée sur des conventions concernant les coûts d'environnement - très élevés dans notre activité - les responsables de la DHOS rajoutent une baisse des prix, ce sera pire encore.

Bref, il n'y a plus que quelques jours pour arrêter toutes ces dérives.

Bien sûr, comme il y a dix ans, il ne s'agit que d'un mauvais rêve !

Bien sûr on va tous, très vite, se retrouver pour affronter les défis qui nous attendent, organiser au mieux l'avenir, certes difficile mais plein de promesses, des thérapies médicamenteuses, des thérapies ciblées et de la prise en charge personnalisée des malades atteints du cancer !

¹ Objectif national de dépenses d'assurance maladie

² Groupe homogène de séjours

³ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

⁴ Institut national canadien pour les aveugles (Canada - en anglais : CNIB)

On relit
« Les décisions absurdes -
Sociologie des erreurs radicales
et persistantes »
de Christian Morel.

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/08

Date de parution : lundi 22 février 2010

Sujet : **Tarification de la chimiothérapie**

Mots types : Liste en sus ; Maraninchi ; INCa ; Christian Morel ; Les décisions absurdes ; Régulation ; Effets pervers ; Forfait cancer ; DQPRM ; Radiophysiciens

Année 2010 - p. 13/99

Folle semaine dans notre petit Landernau ! Mais semaine un peu spéciale ! Semaine de grande agitation sur les conséquences de la **sortie de la liste en sus** de produits anticancéreux d'usage courant, sans compensation financière. Hélas, triste fin probable.

On ne sait plus par quel côté prendre le sujet. On relit « *Les décisions absurdes - Sociologie des erreurs radicales et persistantes* » de Christian Morel. « *Il arrive que les individus prennent collectivement des décisions singulières et agissent avec constance dans le sens totalement contraire au but recherché : pour éviter un accident, des pilotes s'engagent dans une solution qui les y mène progressivement ; les ingénieurs de Challenger maintiennent obstinément des joints défectueux sur les fusées d'appoint ; des copropriétaires installent durablement un sas de sécurité totalement inutile ; une entreprise persévère dans l'usage d'un outil de gestion au résultat inverse de l'objectif visé ... Quels sont les raisonnements qui produisent ces décisions absurdes ? Les mécanismes collectifs qui les construisent ? Quel est le devenir de ces décisions ? Comment peut-on à ce point se tromper et persévérer ?* »

Nous y sommes. Les questions sont les bonnes. Le sujet est éclairé. Pour autant on ne trouve ni interlocuteur sérieux, ni porte de sortie.

On fait donc ce qu'on peut. L'occasion nous a permis de faire une sortie dans *Le Monde*, justement. On sait bien que lorsqu'on en est réduit à écrire sur les murs c'est qu'on n'a plus guère d'influence... Et pourtant tuez-vous à la tâche, faites votre travail avec constance, opiniâtreté et honnêteté, vous êtes transparent aux yeux des grands de ce monde. Payez-vous une page dans les grands médias, tout le monde (sans jeux de mots) s'agite. "Comment ? Ils osent !" C'est bien là, disent-ils, la preuve de votre turpitude ! Vous êtes accusé de tous les maux, mais, tout à coup, vous existez. Rien de nouveau me direz-vous. Certes. Mais ça n'en demeure pas moins triste.

On s'interroge sur la déclaration du Président de l'INCa. Il assure qu'il y aura neutralité, que la sortie de la liste en sus se fera sans perturber la capacité de prise en charge des établissements. On est bien dans la logique du Plan Cancer. Mais, qu'il reprenne nos chiffres, c'est une première tellement étonnante qu'on se demande s'il s'agit

vraiment des nôtres. Qu'il soit le porte-parole du bon sens cela réjouit tout le monde. Qu'il soit tellement en contradiction avec les arbitrages d'un de ses ministères de Tutelle, cela interroge. Cela voudrait-il dire que l'INCa prend enfin sa mesure et ose une parole libre sur les conditions du "bien faire" en cancérologie ? Cela voudrait-il dire que l'INCa se met en position d'affronter, enfin, la question du devenir de l'oncologie médicale ? Ce serait formidable. Mais aussitôt on lit des propos tellement alambiqués qu'on en vient à se désoler pour son auteur qui explique le contraire de ce qu'il vient de dire en nous expliquant qu'il ne se contredit pas. L'art est difficile.

Les problèmes demeurent donc.

Il y aura bien un impact fort et négatif sur la capacité des établissements

Le Ministère de la santé reste fâché avec l'économie. La crise est hélas encore devant nous. Cette petite mesurette, aussi néfaste soit-elle sur nos activités, n'est que l'annonce de ce qui se prépare. Il y a des années que nous le disons. Nous n'apparaissions même pas comme des prophètes de malheur. Nous ne sommes pas audibles. Pourtant la réalité nous rattrape. La crise des financements des médicaments onéreux ne fait que commencer. Il faudra bien un jour que Bercy s'y intéresse. Ce jour-là, il est permis d'espérer que les relations avec le Ministère de la santé seront plus constructives. Peut-être sera-t-il avec nous pour bâtir, difficilement, un système de régulation moins bête, moins pervers que la mesure qui se prépare...

Pendant ce temps, la concomitance des chantiers fait que le système des subventions touche à l'absurde... Nous l'avons déjà signalé. On nous prend 110 millions (ou un peu moins si nous avons quand même quelques euros de "compensation") et on nous propose de donner des idées pour financer la création "d'infirmières hospitalières de coordination" pour faire en sorte que le médecin généraliste soit plus et mieux que dans le passé le "pivot" de la prise en charge !... Même les généralistes n'en reviennent pas !

Petit florilège pour illustrer le niveau à partir duquel il faudra bien décoller un jour... "On s'est fait avoir sur l'EPO¹, on ne va pas se laisser avoir deux fois" / "Vous vous en êtes mis plein les poches avec les tarifs de chi-



mio et avec l'EMI, il faut que ça cesse." / Devant l'exposé des effets pervers de la mesure : *"L'arbitrage est fait, l'économie est engrangée, on ne reviendra pas dessus"*. La meilleure sans doute : *"Les EMI ne sont pas des ressources de soins"*. Heureusement que les oncologues médicaux ne sont pas réputés pour leurs bagnoles, nous y aurions eu droit !

Les tarifs ne sont pas encore sortis. Ils ne sauraient tarder. Il n'y a plus guère de surprise à attendre. Il faudra bien "s'adapter", comme on dit. S'adapter, mais, malgré l'Etat, sans tomber dans le piège des effets pervers pour le patient, ni dans celui des effets pervers pour nos équipes. Il y faudra imagination, courage, déontologie et éthique. Il faudra des Directions fortes pour maintenir les options stratégiques sur le cancer. Il faudra des équipes performantes pour trouver des gisements de productivité et les ressources nouvelles. Il faudra des équipes solidaires pour éviter les guerres intestines sur le mode *"moi je gagne, toi tu côûtes"*. Il nous faudra continuer à travailler, tous, pour que le difficile sujet de la régulation des dépenses des médicaments onéreux soit correcte-

ment pris en compte. Souhaitons-nous bon courage à tous, donc !

Ne désespérons pas. Il y a aussi eu quelques bonnes nouvelles cette semaine.

Une nouvelle réunion **"forfait cancer"**. Quelques fonctionnaires courageux voudraient mettre au point un système d'allocation des MIG² fondé sur des critères d'activité objectifs comme, par exemple le nombre de patients... Incroyable ! Malgré les *"difficultés"* et le fait *"qu'il ne semble pas y avoir consensus entre les Fédérations"* (!) ils maintiennent leur objectif pour la campagne 2011. Bravo. Heureusement qu'il y a des gens biens partout !

Par ailleurs il y a eu 135 candidats au concours **DQPRM**³. On reste sur l'objectif de promotions de 100 radiophysiciens par an. 77 nouveaux diplômés seront disponibles en Novembre. Ce dossier-là se décoince un peu...

Courage.

¹ Érythropoïétine

² Mission d'intérêt général

³ Diplôme de qualification en physique radiologique et médicale

Les tarifs de chimiothérapie sont parus.

Ils feront date
car ils signent,
hélas,
un échec collectif.

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/09

Date de parution : lundi 1 mars 2010

Sujet : **Tarifs 2010 de la chimiothérapie**

Mots types : Plan Cancer - T2A - Oncologie médicale - Compabilité analytique - Coût - Prix - Soins de support - Conseil National de Cancérologie - Etat - Agences

Année 2010 - p. 15/99

Les tarifs de chimiothérapie sont parus. Ils feront date car ils signent, hélas, un échec collectif.

- Risque d'échec des Plans Cancer, après de grands progrès concernant l'accessibilité aux médicaments. Les Plans successifs devaient permettre l'organisation, le financement et la régulation d'une oncologie moderne répondant aux exigences des nouvelles voies thérapeutiques. Un gros effort de financement a été demandé à la nation. Avec le recul, le bilan risque de se réduire à une période de privilèges financiers qui n'auront pas servi à régler des problèmes structurels pourtant bien connus. De plus, la concomitance d'une ponction financière sur les établissements et de la mise au point de subventions nouvelles pour justifier la mise en place de mesures organisationnelles "innovantes" sera prise pour l'illustration d'une manipulation bureaucratique sinon politique.
- Echec pour l'Etat et ses Agences qui ont perdu l'intelligence de leurs propres Plans de santé publique comme celle du fonctionnement des établissements et des acteurs de terrain.
- Echec pour la T2A¹ car, loin d'être un outil d'orientation et de régulation, elle est réduite à une pseudo-chasse aux gaspils désignés par monsieur l'ordinateur sur la base d'une comptabilité analytique dont les résultats, conventionnels par nature, sont considérés comme la vérité incarnée.
- Echec d'une politique de régulation. Les EMI sont bien devenues le piège que nous dénonçons lors de leur création. L'Etat gestionnaire met au point des mesures de gestion interne des établissements sous prétexte qu'il sait mieux que les professionnels comment ils doivent faire leur travail quotidien. Il installe des boomerangs. Il faut du tarif et du contrôle plus que des primes et des grattes type EMI, secteur 2 et autres... Faire le contraire est un échec du bon sens qui, un jour, se paye cher.
- Echec pour les professionnels et leurs organisations représentatives. L'UNHPC y a sa part, d'autant plus cruelle que, plus que d'autres, elle n'a cessé d'alerter et de proposer. En effet, les Fédérations n'ont pas su convaincre l'Etat de se moderniser et d'utiliser correc-

tement ses outils de tarification, de régulation, d'évaluation et de contrôle. Les sociétés savantes, à force de se cantonner à la description des "bonnes pratiques" et de fuir le sujet des conditions organisationnelles de ces bonnes pratiques laissent l'Etat dépourvu de perspective, le dépouille du sens des mesures qu'il est amené à prendre, favorise ses dérives bureaucratiques.

- Echec pour les patients car ils sont souvent absents du débat. Les organisations qui sont censées les représenter sont soit trop occupées par leur survie (la Sécurité Sociale) ou par leur reconnaissance par les pouvoirs publics, soit plombées par leur pusillanimité dès qu'il est question d'argent. Pourtant l'argent c'est bien "la peine des autres" et ici "les autres" ce sont les patients et les citoyens.

La question classique s'impose donc de nouveau à nous : que faire ?

Il y a carence de l'Etat. Il faut donc y suppléer collectivement. Cela fonde une stratégie syndicale. Rappelons-nous le cri de Claude Evin, alors qu'il était Ministre : « *Je suis responsable du déficit de la Sécurité sociale. je dois donc agir. Or, l'administration n'a pas d'idées. Alors, si vous en avez, donnez-m'en...* ». A l'époque nous avons "inventé" la régulation par enveloppe nationale (l'OQN²) en lieu et place de la régulation micro par budget global, remis en piste la T2A (être payé pour ce que l'on fait et non pour ce que l'on est), mis en place l'évaluation du service rendu (l'accréditation devenue certification), ouvert la porte à la chirurgie ambulatoire et à son fantastique potentiel de qualité et de productivité... Toutes choses devenues "évidentes" et dont la paternité est maintenant donnée à l'Etat.

L'Etat se croit fort. Il est simplement autoritaire et parfois un peu sourd. N'oublions pas les enseignements de nos Rencontres de 2006 "*L'administration de la santé par l'Etat*". Ils restent d'actualité.

Du point de vue qui est le nôtre, les principaux problèmes sont de trois ordres :

- le champ des **métiers** en voie de qualification mais manquant de reconnaissance et à la démographie sinistrée ;



- le champ de la **régulation** économique d'une activité liée à la découverte de molécules au prix structurellement et rapidement croissant ;
- le champ de l'**éthique** et des organisations permettant les débats nécessaires pour pallier le risque de sélection des patients.

Nos Tutelles les délaissent. Nous commençons à payer leur retard. Nous devons donc trouver des relais qui puissent convaincre l'Etat et ses Agences de la réalité des questions qui se posent et, surtout, des voies de solutions qui peuvent être efficaces, structurelles, fondatrices dans le temps. Il faut s'y attaquer en urgence. Pour les convaincre nous aurons besoin de mobiliser au-delà de nous-mêmes, l'Ordre, l'Académie de Médecine, les Comités d'éthique, la HAS³... Pourquoi pas Bercy ? L'ANAP⁴ ?...

Nous devons aussi retrouver la capacité de nous fédérer. Notre nouveau Conseil National de Cancérologie devrait trouver là sa justification. Il faudra aussi continuer à alerter (cf. dans notre revue de presse ci-dessous, la nouvelle tentative parue dans le dernier numéro d'*Oncologie*). Mais, plus que jamais, il faudra proposer.

Il faut aussi, bien sûr et en même temps, assumer 2010. Les patients, le personnel et le compte de résultat, ça n'attend pas. Comment faire, concrètement, demain matin ? Comment faire pour éviter les effets rétrogrades auxquels on nous pousse tout en bouclant le moins mal possible nos comptes de résultat et en continuant à progresser dans le service rendu au patient et la qualité des pratiques ? Comment protéger nos patients et nos personnels ? Il y faudra compétence, rigueur et imagination. Beaucoup vont commencer par relire avec attention les

AMM⁵ et les référentiels INCa⁶ et HAS, pour les appliquer strictement, en parfaite légalité...

Au plan collectif, il faut à nos institutions représentatives une autorité de compétence. Il faut, par exemple, se redonner des connaissances précises et chiffrées en matière de coût de la chimiothérapie. Il faut sortir, arguments à l'appui, des pièges de la méthodologie d'approche en coût direct, telle que pratiquée par l'ATIH⁷. Il faut mieux comptabiliser les coûts d'environnement pour bâtir un coût complet qui tienne compte des normes, des frais de structure et de personnel qualifié. Les soins de support, dont le caractère obligatoire n'est plus contesté, ne peuvent être financés que par les GHS de chimiothérapie. Comment pourrait-on aujourd'hui les oublier ou les comptabiliser sur la chirurgie ou sur la radiothérapie ? Monsieur l'ordinateur ATIH devra en être convaincu... A moins d'attendre une très hypothétique réforme des MIGAC⁸ (forfait sur l'activité réelle, distribution équitable - nous n'en représentons encore que 1 % ! - contrôle de bonne fin, clarification et pérennisation des financements des réseaux...).

En dix ans, à l'UNHPC, en termes de priorités, nous avons eu une phase sauvetage de la chimiothérapie, une phase organisation de la chirurgie, une phase organisation de la radiothérapie. Nous sommes au seuil d'une nouvelle phase médecine carcinologique, structurelle autant que conjoncturelle, urgente. Une chose est sûre, avec l'appui de ses adhérents, l'UNHPC continuera à être présente et active.

¹ Tarification à l'activité

² Objectif quantifié national (enveloppe nationale annuelle de dépenses autorisées pour l'hospitalisation conventionnée. - outil de régularisation des dépenses de santé basé sur la notion de "tarif flottant" et d'enveloppe globale)

³ Haute autorité de santé

⁴ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

⁵ Autorisation de mise sur le marché

⁶ Institut national du cancer

⁷ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

⁸ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

**"L'avenir,
avant, c'était mieux..."
Et donc, sans fausse naïveté,
il faut soutenir
le Président Legmann
et encourager ceux qui
lui apportent des contributions.**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/10

Date de parution : lundi 8 mars 2010

Sujet : **L'avenir de la médecine libérale**

Mots types : Legmann - Mission - Président de la République - Sarkozy

Année 2010 - p. 17/99

François Léotard à la télévision, dimanche, rapportait un propos de comptoir dont il disait apprécier la sagesse : "L'avenir, avant, c'était mieux...". Le propos était général. On sait tous que l'ascenseur social est globalement en panne. Les chômeurs sont de plus en plus nombreux. Qui ne sait que c'est un drame absolu d'être chômeur, pour soi et pour ses proches ? Pourtant, sur ce propos, comment ne pas penser aussi à l'avenir de la médecine libérale ? Et donc à la mission Legmann.

La presse se demande "Où va la mission Legmann ?", souligne que "Conclure les travaux fin Mars sera impossible". Pour certains, il serait de bon ton de se gausser. Pour d'autres, la critique est dure. Citons les jeunes de la CSMF¹ : « Mais comment croire en cette mission aux yeux de ces événements ? Casting raté, Président non respecté, médecins libéraux insultés, refus de participation des principaux syndicats médicaux... la médecine libérale mérite beaucoup mieux que cela. » Peut-être, mais tout cela vaut attention.

« Sur dix inscriptions à l'ordre des médecins, une seule est le fait d'un médecin ayant fait le choix de l'exercice libéral. Ce dernier a perdu de son attractivité aux yeux des nouvelles générations de médecins, d'internes et d'étudiants. » Comment ne pas se réjouir que le Président de la République pose ce constat réaliste et alarmant en introduction de sa lettre de mission au Président Legmann ? Il ne s'agit pas ici d'un point de vue corporatiste. Le constat est grave pour notre pays. La médecine de proximité a toujours mieux marché avec des médecins libéraux. Or, elle est la porte d'entrée à tout le système de soins. Quant aux médecins spécialistes libéraux on leur devait, jusqu'à aujourd'hui, le fait que la France ne connaisse pas de files d'attente. Avantage considérable. Indicateur fondamental de la qualité des soins offerte par un pays qui, par ailleurs, garantit l'accessibilité de tous à ce système. La "productivité" - Ah ! Que le mot est sale ! -, la productivité des médecins libéraux est donc indispensable au pays, sinon le risque de la dégradation des soins devient une certitude.

Certes, comme le dit le Président de la République : « Les attentes des médecins d'aujourd'hui et de demain sont différentes de celles de leurs prédécesseurs. La médecine elle-même, le temps de travail, le mode d'exer-

cice, les relations avec le patient et entre confrères ont connu de profondes mutations et continuent d'évoluer ».

En conséquence, incontestablement : « Il faut définir un nouveau modèle de la médecine libérale qui réponde davantage aux aspirations des futurs médecins et permette de répondre de façon plus efficiente à la demande de soins de la population, notamment de soins primaires ». Nous serions simplement tentés d'ajouter pour être sûrs de ne pas être oubliés ... « et de soins spécialisés, par exemple en établissements de santé ». Nous avons interrogé le Président Legmann. Il nous a rassurés : c'est bien comme cela qu'il entend lire sa lettre de mission. Etant lui-même radiologue, il n'oubliera pas la médecine libérale spécialisée exerçant sur plateaux techniques lourds. Le fait que le site internet de l'Elysée présente sa lettre de mission à côté du Rapport Larcher peut avoir du sens.

Alors, d'où viennent ces doutes ?

La mission Legmann est soumise à de grands risques.

- Risques politiques. Beaucoup soulignent le choix du moment. Ils veulent souligner la concomitance avec la période de campagne électorale des Régionales. Certes, il ne faut pas être naïfs.
- Risques liés au délai fixé. Il est tellement court que la mission devient impossible. Certes, mais le sujet a déjà été largement rabaché. On peut faire concis. Parfois ça porte plus, ça permet de souligner. Et ce qui comptera, autant que le contenu, c'est la capacité de convaincre de sa prise en charge réelle et concrète.
- Risques liés à l'ampleur du sujet et à la multitude de ses composantes techniques.
- Risque d'être comprise comme le porte-voix d'intérêts corporatistes.

La mission Legmann devra aussi éviter de sérieux écueils.

- L'écueil de la dépendance d'une administration et d'un Ministère qui a fait le pari du tout Etat, de la gestion par le Plan et la norme. Par ailleurs, sauf exception rarissime, cette administration ne connaît pas la médecine libérale, pire, elle s'en méfie et la craint.
- L'écueil d'HPST, car cette loi est le fruit de ce qui précède et les réformes qui en dépendent sont, le



plus souvent, soit contraires au développement de la médecine libérale, soit étrangères à ses préoccupations.

- L'écueil de la contradiction et des luttes de territoires ouvertes par la lettre de mission elle-même lorsqu'elle affirme en même temps : « *la tarification des actes n'entre pas dans le champ de votre mission* » et « *les propositions que vous ferez devront tenir compte du résultat des politiques menées ces dernières années, en particulier des mesures tendant à une répartition plus harmonieuse des praticiens sur le territoire. Elles devront, en outre, reposer sur des modèles de financements réalistes* ». Comment, tout à la fois, "*réinventer la médecine libérale*" et s'interdire des propositions touchant au champ conventionnel ?
- L'écueil du vocabulaire et des cultures. Pour la médecine libérale, "coopération" n'est pas "aspiration", "réseau" n'est pas "filiale", la responsabilité est un vrai sujet, surtout quand il s'agit de médecine concertée, l'horizon est long, le revenu n'est pas le chiffre d'affaires, le capital versé peut être un bien de main morte, mais pas un don, la médecine, malgré l'Etat, ne doit pas devenir un commerce, dire que le médecin traitant est le pivot de la prise en charge ne veut pas dire qu'il est le sergent recruteur de l'hôpital...
- Compte tenu de la composition de la commission et de certains événements, l'écueil de la peuplisation. Les occasions sont nombreuses. La presse s'en

régale déjà. Que, par exemple, Christian Saout soit parfois haut en couleur, ce n'est pas un scoop. Réduire la mission Legmann à la petite histoire de sa vraie fausse sortie serait un beau gâchis.

La mission Legmann, c'est ennuyeux, on n'a pas choisi le moment...

C'est agaçant, on n'a pas choisi les interlocuteurs...

C'est décourageant, il faudra encore essayer de convaincre une bureaucratie hostile...

C'est difficile car on est sur un terrain en pleine évolution, en pleine interaction entre institutions et comportements...

Certes, mais qu'est-ce que tout cela face aux enjeux ? Rien. Et donc, sans fausse naïveté, il faut soutenir le Président Legmann et encourager ceux qui lui apportent des contributions. Les jeunes ne sont plus ce qu'ils étaient, ils ne sont pas pour autant plus mauvais. Les institutions et les règles du jeu doivent être adaptées pour redevenir attractives, comme elles doivent l'être, toujours. Le pays a plus que jamais besoin d'une médecine efficace et efficiente. Jusqu'à ce jour, la médecine libérale a su l'offrir. C'est cette capacité qu'il faut entretenir, sinon recréer. Il ne faut négliger aucune occasion, même ténue, de répondre à tous ces impératifs. Il y a urgence, pour nous, pour nos établissements, pour l'avenir de la médecine, pour le pays, pour tous les patients.

¹ Confédération des syndicats médicaux français

Une semaine
chargée d'événements divers,
mais très ouverte
sur l'avenir...

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/11

Date de parution : lundi 15 mars 2010

Sujet : **L'avenir se prépare**

Mots types : UMESPE - J. F. Rey - J. P. Ortiz - SFAR - L. Jouffroy - G. Bazin - Bloc opératoire - Anesthésie - CSMF - SML - Legmann - Emploi - Masse salariale - R. Albin - PSA - Prostate - Centre d'Analyse Stratégique - CAS - QualiY - Coûts/avantages - CNAMTS - COG - Convention d'objectifs et de gestion - Forfait cancer - MIGAC - FHF - FNCLCC

Année 2010 - p. 19/99

Cette semaine a été riche d'événements très divers. Il y avait des élections aussi chez nous, importantes donc pour notre petit milieu.

- Elections à l'**U.ME.SPE**¹ tout d'abord. Deux candidats se présentaient à sa présidence : Jean-François Rey et Jean-Paul Ortiz. C'est Jean-François Rey qui l'a emporté avec 54 % des voix contre 46 % à Jean-Paul Ortiz. Ce dernier fait un beau score. Sans doute, par son implication dans les CME², à la Commission de certification de la HAS³ et au SYMHOP⁴, était-il plus proche de la pratique en établissement de santé, plus sensible aux spécialités peu nombreuses, aux nôtres en particulier. En ces temps troublés, les spécialistes ont préféré la continuité avec une équipe connue et expérimentée.
- Elections à la **SFAR**⁵. Vraie société savante. 75 ans d'expérience. 4.000 adhérents. Beaucoup de Présidents éminents. Une incontestable et longue capacité à produire, à organiser de grands congrès, à mobiliser sur une conception du métier, à peser sur l'organisation du système et sur les conditions d'une médecine sûre et de qualité, à articuler conditions d'exercice et intérêt général. Le Vice-Président, Laurent Jouffroy, a été élu Président. Il succède à Pierre Carli. Ces élections sans surprise sont pourtant un événement important. Elles feront date. C'est la première fois en effet qu'un Président de la SFAR n'est pas PU-PH et, en plus, il s'agit d'un médecin libéral. On imagine les qualités de dévouement et l'autorité de compétence que cela marque. Laurent Jouffroy est aussi Vice-Président de l'AFCA⁶ où il a toujours été très actif et qu'il représente maintenant à l'IAAS. Il a été au Collège de l'accréditation et il est Vice-Président de la Commission de certification des établissements de santé. C'est un fidèle de nos Rencontres. Il y a une quinzaine d'années, Guy Bazin ouvrait la voie en étant le premier libéral à accéder au CA puis au Bureau de la SFAR. L'anesthésie donne l'exemple. La première tâche du nouveau Président sera de réussir les Etats Généraux en Juin. L'enjeu est de passer de l'organisation de la sécurité anesthésique (le travail est fait) à celle, plus large, de la sécurité du patient opéré. La SFAR a donc l'ambition de rester leader en matière de gestion du risque. Sans baisser la garde sur la sécurité, le nouveau Président aura sans doute aussi la

lourde charge de soutenir les évolutions nécessaires à la productivité de nos blocs opératoires et surtout à la création de centres indépendants de chirurgie ambulatoire pour échapper à un retour de la chirurgie de cabinet. Lourdes charges. Tous nos vœux de réussite !

Cette semaine aussi, « *la CSMF⁷ et le SML⁸ ont décidé de mettre en œuvre une plateforme commune sur l'avenir de la médecine libérale qui permettra d'apporter des réponses réellement concrètes et attendues par la profession. Les deux syndicats sont déterminés à agir ensemble pour défendre l'esprit de la médecine libérale face à tous ceux qui l'ont déjà promise à l'étatisation. Pour les deux organisations, la mission Legmann, si elle pose le vrai problème, est illégitime car composée pour grande partie d'antilibéraux et excluant la représentation syndicale* ». Nous insistions ici même la semaine dernière sur les enjeux de la Mission Legmann. Se faire ainsi concurrence n'est en général pas très bon signe. On peut aussi espérer que derrière les effets de posture, il y ait une réelle émulation pour sortir quelques propositions fortes, communes et bien ciblées afin de convaincre les pouvoirs publics d'agir vite et fort pour redresser la barre.

La nouvelle diffusée par l'Acoss fait trembler. La France a détruit 600.000 emplois depuis le début de la crise. **La masse salariale** distribuée par les entreprises du secteur privé a reculé l'année dernière de 1,3 %. Du jamais vu depuis 1949, date de création du suivi statistique. C'est un peu moins que ce que l'on craignait. Certains s'en réjouissent car le déficit de la sécurité sociale sera un peu moins abyssal que prévu. Positivons. Mais il faudrait être sourd pour ne pas entendre le cataclysme qui arrive. Il est vraiment temps de se mobiliser, de sortir du "je change tout pour que rien ne change". Nous ne sommes, collectivement, pas à la hauteur des enjeux. Il n'est jamais trop tard pour affronter les échéances qui arrivent, aussi difficiles soient-elles...

Le Monde reprend le contenu de "l'opinion" exprimée dans le New York Times par Richard Albin, découvreur du PSA, sur le dépistage du cancer de la **prostate**. Il titre : « *Un célèbre médecin américain dénonce un "désastre de santé publique" et le coût des stratégies de dépistage. La polémique concerne aussi la France* ». Certes. Pour ceux qui ne l'auraient pas fait, il faut relire les ré-



centes études européennes et américaines... Ainsi que les prises de positions de l'AFU. Santé publique, gestion du risque, rapport aux patients, choix dans les financements collectifs : le débat est d'importance. Mais un "savant" de cette envergure qui conclut son appel par un "*I never dreamed that my discovery four decades ago would lead to such a profit-driven public health disaster. The medical community must confront reality and stop the inappropriate use of P.S.A. screening. Doing so would save billions of dollars and rescue millions of men from unnecessary, debilitating treatments*"... ça pèse !

C'est dans ce contexte que paraît une note du Centre d'Analyse Stratégique intitulée « *Vaut-il toujours mieux prévenir que guérir ? Arguments pour une prévention plus ciblée* ». Il rappelle prudemment mais opportunément que plusieurs pays fixent « *des seuils d'acceptabilité en termes de coût par quality-adjusted life year (QALY)* ». Après avoir rappelé que « *en France, le recours à la médico-économie pour évaluer des stratégies de santé est relativement nouveau et son utilisation à des fins d'aide à la décision reste ambiguë* », il conclut dans sa langue très diplomatique que « *toutefois, utiliser les ratios de coûts/avantages pour comparer les stratégies concurrentes afin d'éviter les gaspillages de ressources est une question distincte, et sans doute une démarche vouée à se généraliser.* » Il est tentant de revenir une fois de plus sur nos problèmes de financement des médi-

caments... Il faudra bien, pourtant.

C'est cette semaine aussi que le CA de la CNAMTS⁹ a adopté, à une très large majorité ses orientations relatives à la **convention d'objectifs et de gestion (COG) 2010-13** qui doit être conclue entre l'Etat et la CNAMTS. 56 orientations présentées selon cinq axes. Beaucoup sont importantes et nous concernent très directement. Nous y reviendrons donc.

Un dernier mot pour évoquer la dernière réunion de la DHOS sur le "**forfait cancer**". Il s'agit toujours d'objectiver l'attribution des MIGAC¹⁰ et de la lier à l'activité. Pas question de les mettre en tarif, "il faut garder cette marge de manœuvre pour les ARS", mais il y aura des règles plus strictes et plus objectives. Les scénarios actuels justifient un maintien pour les CHU¹¹ et les CLCC¹². Ce serait donc aux CH de financer le rééquilibrage du privé ! La FHF¹³ s'oppose, la FNCLCC¹⁴ est plus ouverte. Nous ne nous opposons pas, même si ces modalités nous surprennent ! Nous encourageons même les fonctionnaires qui sont à l'initiative à assumer courageusement les conséquences qu'ils tirent de leur sens du service public, de l'équité et du respect de la loi. Ce sera difficile pour eux, mais ils ont raison.

Semaine chargée, mais très ouverte sur l'avenir...

-
- ¹ Union nationale des médecins spécialistes confédérés
 - ² Commission médicale d'établissement ou Conférence médicale d'établissement
 - ³ Haute autorité de santé
 - ⁴ Syndicat national des médecins de l'hospitalisation privée
 - ⁵ Société française d'anesthésie et de réanimation
 - ⁶ Association française de chirurgie ambulatoire
 - ⁷ Confédération des syndicats médicaux français
 - ⁸ Syndicat des médecins libéraux
 - ⁹ Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
 - ¹⁰ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
 - ¹¹ Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
 - ¹² Centre de lutte contre le cancer
 - ¹³ Fédération hospitalière de France
 - ¹⁴ Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (agrée EPP - 2006)

Le monde progresse.
Barack Obama
a réussi,
en restant
"au-dessus de la mêlée".
Rien n'est perdu.

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/12

Date de parution : lundi 22 mars 2010

Sujet : **Actualité**

Mots types : EHESP ; CNG ; DGOS ; FNCLCC ; Chimiothérapie ; Ligue ; Maffioli ; Grouchka ; Obama ; Réforme USA

Année 2010 - p. 21/99

La semaine a été dominée en France par les élections Régionales. Cela ne veut pas dire que le temps s'est arrêté en matière de politique de santé.

On décèle quelques traces de l'influence de ces élections. Elles n'ont pourtant officiellement rien à voir avec les problèmes de santé. Ces traces sont discrètes, mais elles sont significatives. "Chaque élève directeur d'hôpital aura un poste à la sortie de l'EHESP", assure la DGOS. Nous voilà rassurés. Vous ne pourrez plus dire "j'aurais su, j'aurais fait EHESP !...", vous savez ! "Le CNG va rembourser aux hôpitaux les rémunérations des fonctionnaires et praticiens hospitaliers en surnombre". Cela fait chaud au cœur. Qui dit qu'on n'avance pas ?

Les textes sortent, la cadence ne faiblit pas. Le décret et l'arrêté définissant les missions et l'organisation de la nouvelle **direction générale de l'offre de soins (DGOS²)**, qui se substitue à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), ont été publiés. Ces textes sont importants. Le Pouvoir est là. Il se réorganise et se renforce. Son nouvel organigramme porte sens. Il nous concerne tout particulièrement. Nous avons déjà eu l'occasion de l'évoquer. Il faudra y revenir en suivant le démarrage de cette nouvelle organisation. Le Pouvoir est là mais le conflit avec la CNAM³ demeure. Pour partie nous en resterons les otages. Régulation et performance sont mises en avant, mais toute la machine à produire des textes se focalise sur l'administration centralisée de la santé. Nous préférons pourtant la régulation et la performance...

Sur la chimiothérapie, la FNCLCC⁴ prend position, tard mais fort. Ici, elle dénonce publiquement "une tarification qui brouille la cohérence du plan cancer" et, là, elle "regrette des baisses de tarifs jugées contradictoires avec les objectifs du Plan cancer". Mieux vaut tard que jamais. Bien sûr on se dit que nous allons de nouveau pouvoir travailler ensemble. Le sujet s'y prête. Il y a dix ans c'était bien le sujet du contenu des GHM⁵ de chimiothérapie qui nous avait réunis tous, CHU⁶, CHG⁷, FNCLCC et UNHPC pour une étude de fond, en liaison avec les responsables de la T2A⁸. Ce gros travail en commun avait débouché sur une publication "scientifique" signée de tous. Mais, depuis, l'orientation politique de la

Fédération a été revue et les Plans Cancer ont changé la donne. La Fédération refuse aujourd'hui tout travail en commun sur ces sujets pourtant d'intérêt commun. On découvre que le sujet n'est pas, pour elle, le sujet de l'avenir de l'oncologie médicale, que ce n'est pas non plus celui de la régulation du coût des médicaments. Non, "le sujet, c'est la convergence". Donc tout est bloqué ! Prenons-en acte. Mais les faits sont têtus. Il faudra bien les traiter, convergence ou pas. Nous y travaillerons donc seuls, au moins en apparence, car beaucoup de professionnels considèrent à juste raison que ces sujets dépassent les frontières des intérêts corporatistes. De même, pour la première fois, la **Ligue** s'est prononcée sur un sujet économique. Tout le monde sait bien que, malgré le silence pudibond qui entoure ces sujets, l'allocation de ressources influe sur les pratiques et qu'on ne peut prétendre défendre les patients sans aller y voir... L'évolution de la Ligue n'en est pas moins significative, importante et courageuse.

En septembre dernier, **Claude Maffioli** a souhaité quitter la **HAS**. Il l'a fait très discrètement. Nous connaissons hélas les raisons personnelles qui l'y ont conduit, malgré le courage qu'il montre dans l'épreuve qui est la sienne. Il avait été le premier à craindre l'échec de l'ANAES et son étatisation, l'abandon de la légitimité professionnelle pour une légitimité politique en matière d'évaluation de la qualité des soins. Son passé faisait sans doute craindre que la dimension corporatiste l'emporte, dans ses alertes auprès de Mattéi, sur une vision métier et qualité du service, sur son sens des responsabilités. Cela amoindrissait ses mises en garde. Sa lucidité passait pour du pessimisme. L'histoire lui a pourtant donné raison. Cela ne l'a pas empêché, de nouveau, de prendre ses responsabilités dans la nouvelle institution et d'être nommé au Collège via le Conseil économique et social. Il était Président de la Commission évaluation des actes professionnels. Son remplacement par **Cédric Grouchka** confirme, s'il en était besoin, la source politique de la légitimité en matière d'évaluation de la qualité médicale, en France. Cela n'enlève rien à la valeur de l'homme qui est par ailleurs un très bon connaisseur du système de santé et que nous connaissons depuis des années pour la qualité et l'intensité de son engagement. Cédric Grouchka "aura notam-



ment en charge l'ensemble des problématiques relatives aux pratiques professionnelles - des recommandations de bonnes pratiques à l'évaluation des pratiques professionnelles - ". Simplement il n'y a plus de médecin libéral au Collège de la HAS⁹... Malgré les discours, cela confirme une tendance. Elle aussi est bien politique. Les politiques, de droite ou de gauche, n'aiment pas la médecine libérale et ils ont peur des médecins. Sans doute parce qu'ils craignent la qualité des services que ces hommes de métier rendent à la nation. Quand et comment réussissons-nous à convaincre les politiques qu'il ne faut pas avoir peur des médecins, qu'eux aussi peuvent être "responsables" ?

La réforme du système de santé a été votée aux USA.

C'est une nouvelle importante pour nous tous. Il aura fallu attendre 45 ans depuis la réforme de Medicare. C'est long. La réforme n'est pas parfaite. Les amendements sont nombreux et parfois la dénaturent. Le petit commerce des voix n'a rien de ragoûtant. Il y a peu, beaucoup prédisaient l'échec. Il n'empêche. Sans emphase on peut dire que cette réforme est historique. A un moment où l'Europe se délite, vieillit, manque de perspectives et de sens, le fait que les USA optent pour une sorte de couverture universelle est hautement symbolique. Leur démocratie rejoint l'Europe dans sa tentative de création d'un monde moins violent où le droit des gens l'emporte sur la force. Beaucoup de commentateurs soulignaient à l'envie que l'Europe était seule, que son "modèle" était

dépassé, que l'axe USA - Chine signifiait que le monde moderne serait régulé plus par la force que par le droit... Les Chinois disent vouloir créer un système de sécurité sociale dans les 10 ans car, avec la crise, ils y ont vu un outil de régulation nécessaire. La loi votée aux USA oblige tous les Américains à souscrire une police d'assurance d'ici 2014 et, pour les enfants, sans attendre. Pour lutter contre le phénomène de sélection, même pour des raisons d'antécédents médicaux, les assurances ne peuvent pas refuser leur couverture. Une aide financière est accordée aux plus pauvres. La solidarité joue sur le financement assis sur les plus hauts revenus et sur les dépenses de soins.

Le monde progresse. On nous dit que la réforme est passée parce que, ces dernières semaines, Barack Obama a voulu lui redonner le sens "moral" que la cuisine du Congrès lui avait fait perdre. A l'Europe, et à la France en particulier, de montrer que couverture sociale ne veut pas dire enflure bureaucratique et blocages corporatistes. Le droit est acquis chez nous. Reste à retrouver l'élan de la productivité et de l'innovation pour le sauver des abîmes des déficits et de la dette. Barack Obama a réussi en restant "*au-dessus de la mêlée*". Il nous faudra, à nous aussi, trouver les leaderships nécessaires. Rien n'est perdu. Les USA nous le montrent.

¹ Ecole des hautes études de la santé publique (remplace l'ENSP - Loi du 11 août 2004)

² Direction générale de l'offre de soins (ministère de la santé - 15 mars 2010)

³ Caisse nationale d'assurance maladie

⁴ Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

⁵ Groupe homogène de malades (PMSI)

⁶ Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire

⁷ Centre hospitalier général

⁸ Tarification à l'activité

⁹ Haute autorité de santé

Un directeur,
c'est simple non ?

Ça dirige selon
le projet d'entreprise
et c'est
responsable

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/13

Date de parution : lundi 29 mars 2010

Sujet : **Pôles, chimiothérapie, MEDEF**

Mots types : Chefs de pôles ; Directeur ; Hôpital ; Gestion - La Timone - Accident - Chimiothérapie - ARS

Année 2010 - p. 23/99

Nous sommes décidément un drôle de milieu. Les décrets pleuvent. C'était prévu. Un lecteur non prévenu s'étonnerait néanmoins du projet de décret concernant la **nomination des chefs de pôle dans les hôpitaux publics**. Avec HPST¹, il y a eu de longs débats pour savoir si l'hôpital allait enfin avoir un "directeur". Il a fallu encore palabrer sur l'évidence, pour arriver à des compromis qui montrent que si les choses avancent, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir.

Ce projet de décret avec ses textes d'accompagnement vaut d'être explicités dans les écoles de gestion. Le rapport fait au Premier Ministre rappelle que l'objectif est "d'affirmer le rôle du directeur". Ouf ! On avance. Mais on n'est pas encore très loin. Voit-on dans un autre secteur d'activité, quel qu'il soit, un texte au Premier Ministre pour dire que "l'objectif est d'affirmer le rôle du directeur" ? C'est sans doute nécessaire chez nous compte tenu du passé, des luttes de pouvoir traditionnelles et sans doute plus importantes dans notre culture qu'une saine gestion de l'entreprise commune.

Le projet de décret commence par décrire un soviet. De lourdes procédures complexes et détaillées décrivent en effet qui et comment, à la base, va donner trois noms au directeur dans un délai de 30 jours suivant sa demande. Pourtant on n'est pas non plus dans une organisation de type soviets car c'est le directeur qui déclenche la procédure et imaginez-vous qu'il aura même le droit de nommer à des postes de responsabilité au sein du pôle ! On va donc pouvoir s'amuser dans ce jeu du "qui fait quoi sur le fondement de quel texte ?" Car le chef de pôle a néanmoins le droit d'organiser le fonctionnement du pôle. Il bénéficiera pour cela d'une "délégation de gestion" dont le contenu sera bien sûr détaillé par arrêté mais que le directeur pourra lui retirer à tout moment. Ah mais ! Bien sûr, cette délégation sera mise en place dans le cadre d'un "contrat" que le directeur devra passer avec le chef de pôle. Alors là, soit on négocie, car un contrat, en principe, se passe entre personnes libres et égales en droit, soit on est dans la langue de l'État et le contrat est un ordre donné par le chef, en l'occurrence, peut-être, ici, le directeur. De toute façon il y en a qui vont discuter. Bien sûr, n'oubliez pas qu'il faudra un "projet de pôle" rédigé en bonne et due forme. Il y aura aussi une indemnité de

fonction. Vous voyez qu'on n'a rien oublié. Vous en doutez ? Mais non, regardez par exemple, il est prévu que "le chef de pôle collabore avec le coordonnateur général des soins, afin d'assurer la mise en œuvre opérationnelle du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en assurant notamment la cohérence du parcours de soin du patient". Impressionnant.

Mais l'État est prudent : il faudra impérativement que tout soit terminé six mois après la publication du décret. Devant l'Association des directeurs, Annie Podeur a indiqué que ce texte était susceptible d'évoluer. Ouf !

Ce résumé est simple. Nul ne sait si, par symétrie des formes, il y aura des textes similaires entre le chef de pôle et tel ou tel de ses cadres... Si le système est bâti pour bien fonctionner on ne voit pas pourquoi on ne dupliquerait pas à l'intérieur du pôle.

Si vous n'avez pas suivi, permettez-moi de vous suggérer de retourner un peu "aux écoles" comme on dit dans le Midi. Un directeur, c'est simple non ? Ça dirige selon le projet d'entreprise et c'est responsable, c'est-à-dire que si ça ne fait pas l'affaire il est "révocable ad nutum". Pour le reste il s'organise pour le mieux et le mieux est de le laisser faire dans le cadre du droit commun. Une chose est sûre, si on décide de tout à sa place, en plus sans tenir compte du contexte, des hommes et de l'histoire locale... il est rapidement irresponsable au sens où il ne peut vraiment pas exercer ses responsabilités. Courage les directeurs ! Et courage les équipes, il y aura bien, un jour, un capitaine au navire !

L'annonce de la mort tragique du petit Hovhannes à l'hôpital de la Timone nous interroge tous. Le malheur s'ajoute au malheur. Le périple du petit garçon avec son père est digne d'un roman de Zola ou de Victor Hugo. Mais nous sommes ici dans la sphère professionnelle. Ce ne sont apparemment ni la misère du Père et de son enfant ni leur langue qui sont à l'origine du drame. Autant qu'on puisse le savoir on est bien face à un accident de chimiothérapie. Il y a peut-être des responsabilités, il est trop tôt pour le dire. Le surdosage (10 fois la dose prescrite) laisse incrédule. Mais nous savons tous que nul n'est à l'abri d'un accident. L'enquête devra être poussée et ses résultats publics car nous avons tous besoin de sa-



voir où sont la ou les causes. On parle "d'accumulation de fautes". Est-on dans le régime de la faute ? On ne parle pas d'événements précurseurs. Pourtant l'expérience montre qu'en pareil cas il y en avait sûrement. Est-ce parce qu'il est trop tôt ? Est-ce parce qu'il n'y avait pas de suivi des incidents et accidents ? Est-ce que les événements relevés ne faisaient pas l'objet des analyses et des corrections nécessaires ? Nous sommes face à nos interrogations. Il faudra tirer tous les enseignements de ce drame dans nos organisations, dans nos pratiques. En attendant il faut veiller à ce que nos organisations soient au niveau requis. Les guidelines ASCO² et Cosa diffusés cette semaine avec "*l'exemple ASCO de définition de politique pour une administration sûre*" peuvent nous y aider. La grille de relevé d'effets indésirable CTCAE³ doit être connue de tous les membres des équipes et régulièrement utilisée. Quel que soit leur nom, des équivalents des CREX⁴ doivent être en place et fonctionner. La culture de la faute doit être au magasin des souvenirs et la valorisation de ceux qui relèvent les dysfonctionnements et les événements précurseurs ou indésirables réelle. C'est le minimum pour éviter de nouveaux Hovhannes et la bureaucratisation par avalanche de textes d'une administration qui, si ces événements se reproduisent, la créera pour se protéger. Il faut que, dans son malheur et celui de ses parents courageux, Hovhannes ne soit pas mort pour rien.

C'est la semaine de mise en place des ARS⁵. Le retour du centralisme, de la planification, de la décision du

Prince. Juppé est loin. Il faut pourtant souhaiter bon vent à ces ARS car nous, comme notre système de santé, dépendront de ce "bon vent". Nous sommes tous dans le même bateau et nous savons que nous allons vers le gros temps. Par parenthèse, la façon dont sont traités les anciens ARH et leurs équipes nous a tous interrogés. Décidément il est difficile pour l'Etat d'être un bon patron. Souhaitons donc bon vent aussi aux anciens. Beaucoup le méritent.

La FHP⁶ va adhérer au MEDEF⁷. On aurait pu s'étonner que cela ne se soit pas fait plus tôt. Au plan local beaucoup des nôtres avaient pris leurs responsabilités, beaucoup étaient des élus de la centrale patronale. On voit bien les conflits qu'il faudra gérer. Le patronat n'a pas intérêt à alourdir les charges qui pèsent sur les entreprises. Nous en vivons. Bien sûr les temps ne sont plus ce qu'ils étaient au niveau du partenariat social. Il n'empêche. Il était souhaitable de trouver les conditions d'une adhésion. C'est chose faite. Il y a de quoi faire du bon travail, pour le bien de tous. Nicolas Sarkozy, à force de le répéter, va bien finir par s'occuper sérieusement de l'avenir de la médecine libérale... et donc des outils qui lui sont nécessaires. Quelque jours après cette adhésion au MEDEF, le CA de la FHP recevait le Président Legmann. Tout cela est normal mais relativement nouveau. Tout cela est gage de cohérence. Il nous en faudra.

¹ Loi hôpital patient santé territoire (loi "Bachelot" - 2008)

² American society of clinical oncology (USA)

³ Common terminology criteria for adverse events (USA - cancérologie - ancien CTC)

⁴ Cellule ou comité de retour d'expérience

⁵ Agence régionale de santé

⁶ Fédération hospitalière privée

⁷ Mouvement des entreprises de France (ex CNPF)

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/14

"Une banque trop grande pour faire faillite devrait également être trop grande pour exister. Mais une telle politique suppose une mutation en profondeur des esprits."

Date de parution : mardi 6 avril 2010

Sujet : **Refondation**

Mots types : Refondation ; Perspectives ; Stratégie ; Fatigue ; Planification ; Valeur ; Réflexions ; N. Baverez ; Ph. Askenazy ; D. Cohen ; J. P. Delevoy ; A. Farge ; E. Chaney ; CHU de Barcelone

Année 2010 - p. 25/99

La naissance des ARS¹ nous a fait battre un record cette semaine en termes de sortie de textes réglementaires. Tout le monde souhaitait le passage des ARH² aux ARS, et pourtant l'ambiance oscille entre morosité et hostilité. On nous parle de "refondation". On en parle aussi dans la société. Nos emplois sont à peu près garantis, nos fins de mois aussi, même si les difficultés existent. Mais en même temps les stratégies en vigueur à l'hôpital se résument à "faire des économies" ce qui a toujours été la pire des stratégies pour une entreprise. Personne ne mesure ni ne parle de productivité. Les replis corporatistes tiennent lieu de perspective d'avenir. Dans le privé le découragement règne souvent aussi. Le passage de témoin entre génération ne se fait pas. La solution pour les anciens est dans le retrait, la vente ; pour les jeunes elle est dans l'évitement, ils ne se font plus libéraux. Le manque d'engagement professionnel fait cercle vicieux avec le manque de perspectives. Notre situation montre qu'on peut à la fois être protégé, c'est-à-dire par les temps qui courent, privilégiés, et pour autant manquer de dynamisme, de capacité d'innovation, de maîtrise de son avenir. Obéir à l'administration ne peut tenir lieu de stratégie car sa gestion à court terme contredit souvent l'avenir. Notre côté retardataire de gens "administrés" nous met souvent en marge des évolutions de la société. Et pourtant les réflexions qui ont cours dans la société suscitent chez nous des échos qui donnent à penser. Sans aller chercher chez les "savants", citons quelques propos très différents, concernant la crise en général, mais qui peuvent enrichir nos réflexions sur nous-mêmes.

"La sortie de crise confronte les pays développés à des dilemmes de politique économique sans précédent. La décennie 2010 sera placée sous le signe d'une croissance plafonnant à 1 %, d'un chômage de masse et d'une dette publique supérieure à 120 % du produit intérieur brut (PIB) en 2015. Mais, en même temps que l'autorégulation des marchés, la crise a ruiné les quatre principes qui fondaient la politique économique depuis trois décennies. [...] La crise pèsera longtemps sur les pays développés, dont les citoyens sont mal préparés, ce qui crée des risques importants d'embarquées extrémistes, populis-

*tes et protectionnistes."*³

*"La France est très mal classée dans les indicateurs mesurant la propension à faire confiance à autrui (...)"*⁴

"Il y eut quelque chose de déroutant à lire, sous la plume d'experts et par l'intermédiaire d'un rapport officiel⁵, que la France était sous le coup d'une intense « fatigue psychique ». Revenons en arrière : voici longtemps que de l'ensemble de l'échelle sociale, de nombreuses plaintes et dénonciations s'accumulent, destinées à n'être point entendues ; elles sont émises dans le vide. Inutile d'en faire ici le décompte exhaustif : il suffit de [...] lire sur les corps l'infortune, une ombre de désespérance, la courbure des non-espoirs, l'usure des esprits, et le peu de joie à se regarder les uns les autres. [...] Quelque chose d'attristé étend sa longue écharpe sur une nation qui reste sans réponse, tant elle ressent de fatigue. « Il y a quelque chose de cassé », disait, il y a peu, un ouvrier d'une usine qui venait de fermer ses portes... [...] Engloutis dans des espoirs déçus, les individus ne voient guère de têtes se relever, de figures se détacher pour inventer avec eux, ni de personnalités ayant le sens du rassemblement et une once de révolte. [...] ... tant de dénonciations et d'appels au secours qu'on peut affirmer sans se tromper que l'ère de la dénonciation est elle-même sursaturée. [...] Là est la syncope de l'histoire : entre une " autre vie " qui n'a pas de nom ni de but et une quotidienneté âpre où certains mots et expressions sont devenus indicibles, archaïques, méprisés et où certains espoirs d'autrefois sont tournés en dérision. Quand le lieu qu'on nous enjoint d'habiter n'est plus habitable pour la plupart, l'histoire se vit telle une syncope.

*[...] Le retour sur le passé s'enrichit de la nécessaire empathie pour le présent, d'autant plus qu'on le dit fatigué car l'histoire n'aide la vie que si ceux qui la transmettent empoignent la détresse du présent"*⁶.

Notre situation est difficile à comprendre car elle peut paraître contradictoire. La société dans son ensemble souhaite de nouvelles régulations pour les marchés financiers dérégulés et les banques devenues folles. Mais, dans notre secteur l'Etat est toujours planificateur. Il lui a fallu plus de 20 ans pour généraliser le paiement à l'acti-



tivité. Personne ne veut la loi du marché en économie de la santé. Il est d'autant plus facile d'y être hostile qu'elle ne marche pas. Et pourtant il nous faut plus de concurrence pour progresser : c'est ce que les économistes appellent de la concurrence fictive. La T2A⁷ la rendait techniquement possible. Mais : "On ne sevre pas une économie de la tutelle des planificateurs du jour au lendemain"⁸.

L'Etat privilégie à nouveau la régulation administrative centralisée, même si elle prend une forme déconcentrée avec les ARS.

Pendant ce temps-là les marchés financiers s'intéressent à notre secteur alors même que nos horizons longs semblent en contradiction avec leur logique à court terme. Il y a synergie de fait avec l'Etat qui aime et suscite les concentrations et leur donne donc de la "valeur", même lorsqu'elles n'ont pas d'autres logiques que celle de simplifier son travail. Pourtant, "Je ne vous comprends pas vous les Français. Comment faites-vous pour avoir des hôpitaux si importants ? Chez nous la loi interdit les hôpitaux de plus de 600 lits. C'est beaucoup trop. A 600 lits les professionnels ne se connaissent plus, les phénomènes bureaucratiques l'emportent sur la qualité et la productivité des organisations !..."⁹.

"Pour repartir, le système économique a besoin de nouvelles règles du jeu, de nouvelles institutions, de nouveaux compromis. [...] Pour le dire simplement, ce sont les marchés financiers qui contrôlent désormais les droits de propriété, ce qu'on n'avait jamais connu aupa-

ravant. [...] (Ils sont) porteur(s) d'une nouvelle gouvernance des entreprises, centrée sur la "valeur actionnariale". [...] Cette évolution est problématique, parce qu'elle produit des géants qui, en raison de leur taille, sont porteurs d'un risque systémique. En conséquence, les autorités publiques se trouvent de facto contraintes de leur venir en aide en cas de difficultés. Tous les économistes sont d'accord pour juger qu'une telle situation n'est pas acceptable. Elle conduit ces acteurs à prendre des risques excessifs, puisque les profits leur reviennent alors que les pertes sont socialisées. [...] Autrement dit, les banques déjà trop grandes pour faire faillite sont devenues encore plus grandes ! [...] Une banque trop grande pour faire faillite devrait également être trop grande pour exister. Mais une telle politique suppose une mutation en profondeur des esprits"¹⁰.

Un juriste, fin connaisseur du système hospitalier, cette semaine : "le Ministère et les ARS ont très peur du contentieux et ils se méfient de libéraux qu'ils ne connaissent pas. Alors, regardez les textes d'application d'HPST¹¹. Ils suppriment au maximum les procédures, pour ne plus donner prises aux recours. Par ailleurs ils embauchent des juristes comme jamais. Vous avez vraiment besoin de développer votre expertise au plan national et de vous doter, vous aussi, de solides services juridiques".

Bonnes lectures et bonnes réflexions !...

¹ Agence régionale de santé

² Agence régionale de l'hospitalisation (créées par l'ordonnance du 24 avril 1996)

³ Nicolas Baverez ; *Refondation* ; Le Monde de l'économie du 30 mars 2010

⁴ Ph Askenazy et D. Cohen ; *16 nouvelles questions d'économie contemporaine* ; Albin Michel

⁵ Allusion au rapport de Jean-Paul Delevoy, médiateur de la République, qui en appelait aux responsables politiques en affirmant "la société française est fatiguée psychologiquement"

⁶ Arlette Farge ; *L'essoufflement psychique de la France est un événement historique - Transmettre le passé afin d'interroger ce qu'il y a de cassé dans notre nation* ; Le Monde du 31-3-2010 p. 19

⁷ Tarification à l'activité

⁸ Eric Chaney, Chef économiste du Groupe AXA ; *Pour un droit d'ingérence monétaire* ; Telos ; 06 janvier 2010

⁹ Le directeur du CHU de Barcelone devant une délégation des responsables hospitaliers français en 2005.

¹⁰ André Orléan ; *La crise, moteur du capitalisme* ; Le Monde du 30 mars 2010, p. 21

¹¹ Loi hôpital patient santé territoire (loi "Bachelot" - 2008)

**Aussi limitée soit-elle
au niveau international,
la participation de l'INCa au
Consortium international sur le
génomique du cancer (ICGC)
est stratégique et doit être
soutenue**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/16

Date de parution : lundi 19 avril 2010

Sujet : **Métiers, médecine libérale, génome et Rencontres UNHPC**

Mots types : Rencontres UNHPC 2010 ; Cotation "C" ; Médecine libérale ; ICGC ; Génome ; CH-FO ; Direction ; EHESP ; Pont de Chaume ; Montauban ; Indicateurs ; Lycées ; Réussite au bac ; Résultats

Année 2010 - p. 27/99

Vendredi dernier 16 avril, les Rencontres 2010 de l'UNHPC ont rencontré un vif succès. Ce même jour, le Président de la République a décidé de porter la cotation C de la consultation du médecin généraliste à 23 euros et permettre aux médecins spécialistes de médecine générale de coter "CS". Chaque année désormais, dans le cadre de la refondation de la médecine libérale, profitant des Rencontres de la cancérologie libérale et hospitalière privée, le Président de la République annoncera qu'une des nombreuses promesses faite à la médecine libérale sera tenue ! Un collègue nous disait récemment qu'il allait "beaucoup mieux" car il avait réussi à "remettre son moral à zéro". Heureusement que nous avons un Président qui s'intéresse à nous ! Les choses vont bouger. La réforme du K15, le soutien aux investissements dans la radiothérapie, aux "médecins entrepreneurs" plutôt qu'à la "cupidité triomphante", un vrai droit de la coopération et un droit de la responsabilité adapté, l'équité dans les tarifs et les MIGAC¹, l'abandon des allocations perverses du type dépassements ou EMI², sans perte de ressources... Il y a de quoi faire !

Mais trêve de plaisanteries. Les caprices d'un volcan, la culture de la grève, les bouchons de toutes sortes n'ont pas empêché de nombreux inscrits d'être là. Comme chaque année de nombreuses personnalités nous ont fait l'honneur de leur présence. La plupart des orateurs étaient là eux aussi et leurs interventions courtes, compte-tenu de leur nombre, ont été de haut niveau. Elles ont aussi permis d'évoquer les questions d'actualité. L'APM³ a, par exemple, fait un large écho de l'intervention du Dr Guiu sur l'anatomopathologie. Ces Rencontres 2010 nous ont aussi donné l'occasion d'éditer les actes des Rencontres 2007 complétés de nombreux documents. Les participants ont eu leur exemplaire sur place. Nous circulariserons ce livre très rapidement. Il montre hélas que, sauf exception (les radiophysiciens) et malgré les promesses, les choses ne bougent guère. L'actualité poussait à s'arrêter sur les impératifs à court terme. Mais les graves questions posées par l'actualité ne seront résolues que dans des logiques de moyen terme. Ces Rencontres ont bien souligné cette nécessaire articulation. Un numéro spécial de la revue "*Le Nouveau cancérologue*" sera consacré à ces Rencontres, nous en publierons les actes dès que possible.

L'avenir de la médecine libérale fait la une. A peine les "Atlas" de l'Ordre diffusés et le rapport de la mission Legmann paru, le Président de la République confie à Elisabeth Hubert une "*mission de concertation sur la médecine de proximité*". Pour Roselyne Bachelot, Elisabeth Hubert sera chargée de "*faire vivre et de faire connaître*" les mesures prises par le gouvernement pour faciliter l'exercice médical de proximité, notamment dans la loi HPST. Va-t-on mettre les généralistes à l'hôpital ? Conclusions en septembre. Egos, Legmann, Hubert. On s'y perd un peu. Ce qui est clair c'est que notre crainte de voir réduire la question du devenir sinon de la refondation de la médecine libérale à la médecine générale n'était pas vaine. Les spécialistes travaillant sur plateaux techniques risquent fort d'être une fois de plus oubliés. Il serait temps que la profession se rassemble pour faire des propositions structurelles et unitaires.

Le Consortium international sur le génome du cancer (ICGC) et les budgets consacrés au séquençage du génome de 25.000 tumeurs font aussi la une. L'INCa⁴ est un des acteurs du programme. C'est important et il faut s'en réjouir. Dans la répartition des champs de recherche, la France s'est déjà positionnée sur les cancers du foie engendrés par l'alcool et sur les cancers du sein de type HER2. Cette brusque accélération rappelle celle des années 1980 durant lesquelles les semenciers s'étaient précipités sur l'étude du génome des plantes. Les espoirs étaient gigantesques. Les "joint ventures" se multipliaient presque chaque mois. Les projets les plus ambitieux s'exprimaient sans susciter de réserves. Les débats sur la brevetabilité du vivant faisaient rage. La plupart des spécialistes estimaient qu'il faudrait 10 à 15 ans maximum pour révolutionner le monde agricole. On a vu de grands progrès et des réalisations prometteuses, mais pas de révolution, parfois de grandes déceptions, surtout la compréhension qu'il faut du temps, beaucoup de temps. De nouveaux acteurs apparaissaient. Les grandes firmes de la pétrochimie qui avaient massivement investi dans le secteur et déposé de très nombreux brevets, n'en ont finalement utilisé que très peu, par prudence politique. Au final, elles sont toutes sorties du secteur, par peur d'atteinte à l'image de marque de leur cœur de métier. Elles avaient aussi prévu l'apparition des José Bové. Ils sont apparus en effet. Nous aurons sans doute les mêmes phénomènes



en médecine. Les progrès seront plus lents que prévus, la connaissance de la complexité du vivant fera, elle, un bond significatif mais allongera d'autant les recherches, de fortes oppositions verront le jour, le débat sur les brevets sera relancé. Pourtant une part de notre avenir est là. Il faut pouvoir y participer. Pour cela, même à une place modeste, il faut contribuer à ces programmes. C'est la condition de l'accessibilité au progrès et donc de la possibilité de rester dans la course. On ne pourra négocier demain que si on a quelque chose à offrir. L'investissement fait par l'INCa est important du point de vue de son budget. Il est lilliputien si on le compare à celui de la Chine ou à celui des USA. Il est pourtant stratégique et doit être soutenu.

Pour terminer signalons trois faits très différents survenus cette semaine.

- **La prise de position surréaliste du syndicat des cadres hospitaliers Force ouvrière (CH-FO)** qui a dénoncé le projet de création de mastères spécialisés par l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) dont un en "*management en santé*" qui pourrait accueillir des directeurs de cliniques. Pour le CH-FO, ce projet vise à "*transformer l'EHESP⁵ en « business school »*". Le directeur de l'EHESP se croit obligé de dire aussitôt que les "*inquiétudes*" seront prises en compte. On avance !
- **Le commentaire affligeant du nouveau Président de la FHF⁶ au sujet de la grève à la Clinique du Pont de Chaume à Montauban.** Il s'agit pour lui d'instru-

mentaliser cette grève pour affirmer la position hostile de la FHF à la reconnaissance des missions de service public dans les cliniques. C'est bien parce que le caractère de service public n'a pas été reconnu aux activités de la Clinique que la continuité des soins n'a pu être assurée et non l'inverse. "*Seul le constat d'une absence d'offre de soins publique dans un territoire peut justifier une procédure d'appel d'offres de la part de l'ARS*" affirme-t-il. Léonetti nous avait habitué à beaucoup mieux. Décidément il est difficile d'être objectif et de garder le sens du service public quand on devient Président de la FHF !

- **La sortie comme chaque année des indicateurs du Ministère de l'Éducation Nationale pour évaluer l'action des lycées.** Remarquable démarche du Ministère, impliquant toute la profession. Remarquable opération de communication réussie consistant à nourrir la presse avec des indicateurs sérieux et, de fait, à faire cesser les publications sur le seul taux brut de réussite au bac. Classement commun aux établissements publics et privés. Indicateurs de résultats peu nombreux et compréhensibles par tous. Opération d'envergure consistant à procurer aux établissements les résultats détaillés du benchmarking dont seuls les éléments de synthèse sont communiqués à la presse. Puisse le "*mammouth*" nous inspirer sur ce sujet des indicateurs!

¹ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

² Ecart moyen indemnisable

³ Agence de presse médicale (Reuters)

⁴ Institut national du cancer

⁵ Ecole des hautes études de la santé publique (remplace l'ENSP - Loi du 11 août 2004)

⁶ Fédération hospitalière de France

Petit à petit
les matériels et
dispositifs médicaux
suivent la voie
ouverte par les médicaments
en matière d'autorisation
et de sécurité

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/17

Date de parution : lundi 26 avril 2010

Sujet : **Matériels et dispositifs**

Mots types : FDA ; USA ; Check-list ; EUDAMED ; Décès ; Fin de vie ; Accompagnement ; Observatoire ; R. Aubry ; HAS ; BMJ ; Nice ; CJUE ; Médicaments ; Incitatifs ; Génériques ; V. Trillet-Lenoir

Année 2010 - p. 29/99

Petit à petit les **matériels et dispositifs médicaux** suivent la voie ouverte par les médicaments en matière d'autorisation et de sécurité. Ce sont les incidents et accidents relevés et déclarés, donc de mieux en mieux connus, qui accélèrent le processus. Ainsi :

- Un an après la recommandation du Gouvernement américain, la FDA (Food and Drug Administration) durcit les conditions de mise sur le marché des équipements de radiothérapie. Jusqu'ici une procédure relativement simple et confiée à des tiers permettait l'obtention rapide des autorisations nécessaires auprès de la FDA. Il suffisait par exemple au fournisseur de prouver que le nouveau dispositif était équivalent à un dispositif déjà approuvé par la FDA. Les affaires récentes concernant des surdosages (en radiologie comme en radiothérapie), leur reprise par la presse (on se souvient par exemple des longs articles du New York Times en janvier¹) et la recommandation du gouvernement amènent la FDA à créer une nouvelle procédure. Les accélérateurs linéaires sont les premiers visés par le fait qu'ils représentent 74 % des événements indésirables déclarés à la FDA en 2009 (les systèmes de planification de traitement 19 %, les appareils auxiliaires 7 %). Les problèmes faisant l'objet des déclarations les plus courantes viennent des logiciels, de l'utilisation des dispositifs ou d'affichages incorrects. La FDA compte organiser rapidement un séminaire sur la sécurité en radiothérapie et les procédures de mise sur le marché, en particulier des logiciels spécialisés. Il faudra s'informer de ces travaux.

- En mai 2011, tous les pays de l'Union Européenne devront utiliser la banque de données européenne sécurisée **EUDAMED** - European database on medical devices - pour l'ensemble des dispositifs médicaux. Les avantages attendus de ce système commun à tous les Etats membres sont nombreux : accès rapide aux données, simplification des procédures administratives, partage instantané des informations relatives aux incidents et aux dysfonctionnements...

De leur côté, 15 ans après, les textes dits "*matériels et dispositifs*" continuent à porter leurs fruits dans nos **blocs opératoires**. Ils systématisaient déjà une démarche globale qui reste autrement fondatrice que la soudaine mode de la simple "check-list". Une étude récente² permet de comparer les 4.188 déclarations faites à l'AFSSAPS³ en

2005-2006 aux 1.004 déclarations de 1998. Les défauts venant du constructeur (défauts de conception ou de production) viennent en tête des déclarations, avant l'utilisation inappropriée des matériels. C'est cette mauvaise utilisation qui cause les incidents-accidents les plus graves, alors qu'elle est considérée comme évitable (meilleure connaissance, check-list...). Le taux de déclaration a doublé. 91 % événements sont qualifiés de mineurs, 7 % de sévères, 2 % ont causé la mort du patient. Les cas les plus graves sont moins nombreux mais la mortalité reste comparable. 46 % des événements déclarés avaient une cause connue. Les causes liées au facteur humain augmentent, celles liées aux constructeurs restent stables en fréquence.

Signalons un tout autre sujet. La société n'a jamais été indifférente aux naissances et aux **décès**. Rappelons-nous qu'en 1990, les seules statistiques d'activité interprétables dans nos établissements étaient celles relatives aux naissances, car elles étaient exigées par les Maires, et les décès, car ils devaient être déclarés aux services de police. A l'époque les grands esprits expliquaient que le PMSI⁴ n'avait pas d'avenir et que de toute façon il était infaisable. 20 ans, ce n'est pas si loin et pourtant cela nous paraît être un autre monde. Nous avons heureusement bien évolué en matière de connaissance de l'activité, même si des progrès restent à faire.

Justement, des progrès seront maintenant rapidement faits en matière de suivi des décès. L'**Observatoire national des conditions de la fin de vie et des pratiques d'accompagnement** est devenu opérationnel. Le décret fondateur était paru au JO du 21 février dernier⁵. Son Comité de pilotage est composé des trois grandes directions du Ministère (DGS⁶, DGOS⁷, DGAS⁸). Le futur Président était connu et nous nous étions réjouis de sa désignation. Il s'agit du Pr Régis Aubry. Restaient à le nommer officiellement ainsi que les autres membres (quatre experts scientifiques et quatre représentants des associations ou fondations). C'est chose faite au JO du 20 avril dernier⁹. Lors de la dernière réunion du Comité national de soins palliatifs nous nous étions étonnés de l'absence du Ministère de l'intérieur. Pour une approche sociétale, son expérience, sa longue culture historique, sa capacité de suivi et d'action y auraient été précieuses. Le Président Aubry avait fait bon accueil à cette proposition, mais les textes

étaient déjà bouclés. Rappelons que cet Observatoire doit améliorer les connaissances des conditions de la fin de vie et des pratiques médicales qui s'y rapportent, indiquer les besoins d'information du public et des professionnels de santé, identifier le besoin de recherche et promouvoir l'émergence de recherches pluridisciplinaires. Il élabore un rapport annuel transmis au ministre chargé de la santé et au Parlement. Ce rapport est rendu public. Il ne nous reste qu'à féliciter les nominés au Comité de pilotage et souhaiter bon vent à cette nouvelle institution qui a du travail important et utile en perspective.

Les résultats du **symposium de Nice organisé conjointement par la HAS et le BMJ**¹⁰ lundi dernier sont eux aussi à suivre de près. Pourquoi ? Parce que les questions posées sont les bonnes : *Quel est l'impact clinique des démarches qualité ? Qu'apportent ces démarches au patient ?* Un symposium aussi généraliste et surtout conduit par la HAS¹¹ sur l'approche "résultats" des démarches qualités, c'est une première en France. Le nombre de projets de communication reçu est plus important que prévu par les organisateurs. C'est bon signe. Sauf à interroger les participants, on ne connaît pas encore la "qualité" des interventions et des posters. Ils seront publiés par le BMJ. Le Conseil national de cancérologie était représenté, entre autres, par sa Présidente, V. Trillet-Lenoir.

D'ores et déjà ce symposium peut être considéré comme important : l'approche *résultats* est celle qui devrait toujours être privilégiée. Un jour elle le sera.

La Cour de justice de l'Union européenne considère que **les États membres ont le droit de mettre en place des incitations financières à la prescription** de génériques ou de médicaments spécifiques. On le sait, les outils incitatifs sont encore peu utilisés en économie de santé, mais tout le monde s'accorde pour considérer qu'ils ont plus d'avenir que la réglementation si chère à l'État français. La Cour considère que la politique de santé définie par un État membre ne poursuit pas un but commercial ou lucratif. Pour que l'incitation soit admissible, il faut que l'État donne des informations "*démontrant que le système s'appuie sur des critères objectifs*". De plus "*il ne faut pas de discriminations*"... En France, la question des contrats d'amélioration des pratiques individuelles portée devant le Conseil d'État par le LEEM¹² est cousine germaine du dispositif qui avait été contesté devant la Cour européenne par l'Association britannique de l'industrie pharmaceutique. Dans les deux cas la portée de la décision concerne sans doute beaucoup plus que le seul médicament.

¹ cf. mail UNHPC 10/45 du 10/1/10

² Beydon L et al. : Adverse events with medical devices in anesthesia and intensive care units patients in the French safety database in 2005-2008, *Anesthesiology*, 2010, 112:364-72)

³ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

⁴ Programme de médicalisation des systèmes d'information

⁵ cf. mail UNHPC 10/79 du 22-2-10

⁶ Direction générale de la santé - Ministère de la santé

⁷ Direction générale de l'offre de soins - Ministère de la santé

⁸ Direction générale de l'action sociale - Ministère de la santé

⁹ cf. mail UNHPC 10/160

¹⁰ British medical journal

¹¹ Haute autorité de santé

¹² Les entreprises du médicament (ancien SNIP)

Mmes, Mrs les politiques
vous proclamez votre volonté
de lutter contre l'inégalité d'accès
aux soins,
de refonder la médecine libérale.
C'est bien, mais qu'attendez-vous ?
Agissez. Arrêtez de
nous désespérer de notre avenir !

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/18

Date de parution : lundi 3 mai 2010

Sujet : **Dépassements d'honoraires**

Mots types : Que Choisir ; Patients ; Consommateurs ; CISS ; Santéclair ; Sargos ; Commerce ; Médecine ; Négociation ; Abus ; Secteur privé ; HCSP ; Haut Conseil de la Santé Publique ; RAC ; Reste à charge ; Solidarité ; Mattei ; UNHPC

Année 2010 - p. 31/99

Souvent simples prétextes à doper les tirages, les "classements d'hôpitaux" se multiplient et se banalisent. Pourtant, l'article très ciblé paru dans la livraison de ce mois de la revue "Que choisir"¹ sous le titre "La facture dépasse les bornes" mérite une attention particulière. Malgré ses imperfections et quelques amalgames (hôtellerie), il marque une étape dans la chronique d'une catastrophe annoncée que nous dénonçons depuis de nombreuses années. Il faut donc revenir une fois encore sur cette question des "dépassements d'honoraires".

De nouveau, ce sont les consommateurs qui sont les plus incisifs et non les patients. Ceux-ci évoluent pourtant. Le représentant des patients au CA de l'AP-HP² reste très prudent, mais commence à signaler les "problèmes". Le CISS³ qui s'est longtemps contenté de dénoncer les "abus" et non le "principe", semble maintenant rallier les consommateurs pour demander « la suppression du secteur 2 ». La position est responsable car elle ne se complait pas dans les scandales (même si la revue en relève quelques-uns), elle part d'une analyse "objective" et cite ses sources. Elle assortit la demande de suppression du secteur 2 « d'une réévaluation des actes à leur juste prix ». C'est la position que l'UNHPC a toujours défendue. Puisque les Ministres successifs disent que, globalement, avec tact et mesure, la collectivité des médecins a trouvé le juste prix, il suffit de réintégrer les montants globaux dans la CCAM⁴ (cela ne coûtera rien aux financements collectifs - impératif du moment - mais donnera du grain à moudre à la négociation conventionnelle) et de régler au niveau politique national le partage de la charge entre sécurité sociale et mutuelles. Il faudra aussi de solides clauses de revoyures pour mériter le retour à la confiance.

Mais cette étude amène aussi à d'autres considérations.

- Le rôle de Santéclair se renforce. On n'a *a priori* pas, ici, les fautes majeures des publications d'il y a quelques mois dans Le Parisien. On peut se réjouir du sérieux de travail entrepris. On peut aussi s'inquiéter de la captation de ces études au seul profit des adhérents à cette plateforme d'assureurs. Un arrêt récent rappelait, qu'en droit, il ne doit pas y avoir discrimination entre les sociétaires d'une mutuelle et donc dans la mécanique de prise en charge selon les établissements. On ne

comprend pas pourquoi l'UNCAM ou l'Etat ne fournit pas directement ces données à tous. Le défaut de transparence des Tutelles créé une niche pour le commerce de données qui devraient être publiques.

- La preuve est maintenant établie que ce système de dépassements est bien un commerce. Il était difficile d'en douter, mais il était de bon ton de le faire. Il ne sera plus permis de le faire. On apprend en effet ici que « les assurés bénéficient d'un service d'information sur la qualité et le prix des soins dans les établissements hospitaliers publics ou privés, ce qui leur permet de mieux **négo**cier (souligné par nous) les tarifs proposés par les praticiens. » Ce commerce est rentable : « L'expérience, lancée dans un premier temps auprès des assurés de Maaf-santé, nous a prouvé que trois fois sur quatre le chirurgien et/ou l'anesthésiste acceptent de revoir à la baisse leurs honoraires pour un montant moyen de 500 € ». Diable ! Il nous arrive à tous de négocier pour beaucoup moins que ça ! Pourra-t-on admettre longtemps cette dérive qui fait de la médecine un commerce malgré des millénaires de sagesse universelle qui considère qu'il y a contradiction absolue ?
- On se souvient des dénonciations de l'amalgame fait il y a quelques années par le Président Sargos. Il avait changé la jurisprudence de la Cour de Cassation en condamnant in solidum anesthésistes et chirurgiens, ce qui était classique, mais aussi directeurs de cliniques. Les spécialistes savaient que le directeur manquait de fondement juridique à interférer dans l'organisation spécifiquement médicale. Sauf que cela allait contre le bon sens, la réalité et que cela était complètement incompréhensible par le commun des mortels. On a quelque chose de similaire avec l'étude de Que Choisir. Malgré son "sérieux", comme tout un chacun, elle pratique l'amalgame complet entre l'établissement et le comportement de tel ou tel praticien. La défense qui consiste à dire "on n'y peut rien, ce sont les praticiens" ne tient donc pas. Elle est incompréhensible et inopérante. Les Etablissements sont considérés comme responsables. Il est donc temps qu'ils prennent la mesure de cette responsabilité et en tirent les conséquences.
- Les "abus" du secteur privé à l'hôpital sont eux aussi



cités, bien que de façon moins approfondie. On ne se lassera pas de regretter que les Fédérations d'établissements ne se soient jamais montrées capables de s'entendre pour demander conjointement aux Pouvoirs Publics de sortir de ces errements. Mais paradoxalement l'inconséquence irresponsable de Mattei revenant sur le décret obligeant les paiements générés par le "secteur privé à l'hôpital" à ne se faire qu'à la caisse de l'hôpital servira tôt ou tard. On imagine les déchaînements contre les établissements privés si ces tares de l'hôpital public n'existaient pas ! Ici chacun se tient par la barbichette. Ce n'est pas très brillant, mais il est permis d'espérer qu'un jour quelques leaders lucides et un peu courageux dénonceront conjointement les turpitudes de l'Etat en matière de modes de rémunération.

- Le récent rapport du Haut Conseil de la Santé Publique portant sur "*la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique*" n'a pas attiré l'attention qu'il méritait compte tenu des enjeux. Notons ici que l'étude de Que Choisir va dans le sens d'une de ses recommandations : « *Ces constats conduisent à poser trois questions : celle d'une meilleure connaissance du RAC réel ; celle de la détermination d'un niveau de RAC défini au plan national pour chaque personne atteinte de maladie chronique ; celle d'un système d'allocation de ressources et de revenus cohérent avec les principes de la médecine et les exigences de bonne pratique (ce qui ne préjuge en rien d'un juste niveau de revenus pour les professionnels concernés).* » (p. 31) car, entre autres : « *ces*

dépassements d'honoraires sont vécus par les personnes atteintes de maladies chroniques comme contraires aux principes de la solidarité nationale dans lesquels s'inscrit le système de santé français. » On ne voit pas pourquoi ces constats de bon sens devraient être limités au cas des maladies chroniques...

Tout cela fait beaucoup. Devant des modes de rémunération aussi pervers, attentatoires aux principes de la bonne médecine, attentatoires aux principes de la solidarité nationale, incitatifs aux abus, il est tard, mais il est toujours temps de réagir. Comment ne pas comprendre que cela constitue un des freins à l'arrivée des jeunes en libéral ? On ne se fait pas médecin pour devenir marchand de tapis ! Qu'est-ce qui peut justifier une pareille régression institutionnelle qui nous rend incapables de gérer nos transactions sur une base autre que personnelle ? Les Présidents de l'UNHPC ont tous et successivement dénoncé les conséquences mortifères de tels modes de rémunération pour la médecine libérale. L'UNHPC demande depuis des années que la cancérologie, qui n'est encore que peu touchée, soit mise à l'écart de ces dérives. Plus on attend plus ce sera difficile.

Mesdames, Messieurs les politiques vous proclamez votre volonté de lutter contre l'inégalité d'accès aux soins. C'est bien, mais, qu'attendez-vous ? Vous proclamez votre volonté de refonder la médecine libérale. C'est bien, mais qu'attendez-vous ? Agissez. Arrêtez de nous désespérer de notre avenir !

¹ Que Choisir n° 481 - mai 2010

² Assistance publique - hôpitaux de Paris

³ Comité interassociatif des usagers du système de santé

⁴ Classification commune des actes médicaux

**En matière d'autorisations,
si ce seuil de
1.500 patients par an
fait si peur
aux politiques,
on pourrait leur suggérer de
l'abandonner**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/19

Date de parution : lundi 10 mai 2010

Sujet : **Autorisation ; Direction à l'hôpital ; Règlement arbitral**

Mots types : Médecine ; Chirurgie ; Visiste de conformité ; Règlement arbitral ; Convention

Année 2010 - p. 33/99

Cela fait de longues semaines qu'un grand silence marque l'avenir des **décrets portant nouveaux dispositifs d'autorisation en chirurgie et en médecine**. L'ordonnance fondatrice date de septembre 2003, le décret créant 18 activités de soins soumises à autorisation de mai 2005, les textes relatifs à la 18^e activité, celle du « traitement du cancer », sortent depuis mars 2007. Les procédures d'autorisation qui en découlent (chirurgie des cancers, chimiothérapie et autres traitements médicaux spécifiques du cancer, radiothérapie) sont bouclées...

La logique aurait voulu que l'on définisse les conditions des autorisations en chirurgie et en médecine avant même de définir les conditions « supplémentaires » justifiées par les pathologies cancéreuses. Cela n'a pas été le cas. Malgré ce retard à l'allumage, les travaux préparatoires ont commencé il y a près de trois ans. Nous nous étions réjouis de leur qualité et de celle de l'animation faite par l'équipe de la DHOS¹ en charge du dossier. En quelques mois cette équipe avait su obtenir un consensus sur des critères tout à la fois ouverts sur l'avenir et exigeants sur ses conditions. La SFAR² avait accepté de ré-examiner les conditions de sécurité en anesthésie, les fédérations d'établissement avaient accepté le principe des centres indépendants de chirurgie ambulatoire, les sociétés savantes comme les syndicats et les fédérations de l'établissement avaient accepté des textes portant plus sur des fonctions à couvrir que sur des normes détaillées. Depuis, l'État hésite. De temps en temps on voit poindre de nouveaux projets de textes. Certains passages très critiquables, comme par exemple ceux concernant la chirurgie des enfants et des adolescents, semblent devoir rester en l'état. C'est la trace du retour de tentations d'instrumentalisation à des fins de captation de marchés. C'est surtout le grand silence qui frappe. Il semblerait que, compte tenu des élections régionales, le seuil pourtant abaissé à 1.500 patients par an et par établissement fasse peur à nos politiques. Il est vrai que plusieurs centaines d'établissements seraient touchés. HPST nous montre que lorsque la machine administrative tourne à plein régime, elle est capable de sortir des textes réglementaires par dizaines. Par quel mystère des textes aussi fondamentaux que ceux réglementant le régime des autorisations n'arrivent-ils pas à sortir ? Ils devraient pourtant être considé-

rés comme préalables à beaucoup d'autres. Sur ces questions, le vide juridique n'est pas sain. On peut même dire qu'il est inquiétant. Accepteriez-vous sans hésiter de vous lancer sur la Place de la Concorde d'un pays qui n'exige pas l'obtention d'un permis de conduire pour conduire ? On se surprend à penser que si ce seuil de 1.500 patients par an fait si peur aux politiques, on pourrait leur suggérer de l'abandonner afin de libérer ces textes qui sont nécessaires.

Le paradoxe veut que, cette semaine justement, des textes relatifs à la durée des autorisations et aux procédures de **la visite de conformité** soient sortis. En première analyse c'est un soulagement. Depuis 2005, dans tous les groupes de travail concernés, nous avons demandé que chaque décision prise sur un critère d'autorisation soit assortie d'une liste des points à contrôler et des modalités de ces contrôles afin de garantir une mise en œuvre des visites de conformité à peu près homogène entre les régions et entre établissements de différents statuts. Vérifier que l'on puisse évaluer objectivement le respect du critère retenu nous semblait être un préalable nécessaire, en particulier sur les critères dits "qualitatifs". Comment les "apprécier" de façon homogène partout ? Nous étions bien seuls à défendre cette approche qui nous semblait pourtant de pur bon sens. Longtemps on nous a laissé entendre qu'il n'y aurait même pas de visite de conformité. Cela rassurait sans doute certains représentants de grands hôpitaux qui demandaient souvent en quoi consistait cette "visite" dont ils disaient n'avoir jamais entendu parler. Ces nouveaux textes l'officialisent. C'est heureux. Hélas, à ce jour, il n'y a encore rien de bien précis sur ses modalités, son déroulement, sur les vérifications et les barèmes d'évaluation mis en œuvre. Bien sûr l'État craint la réaction des grands hôpitaux publics encore tout surpris que ce nouveau dispositif d'autorisation s'applique à eux. Bien sûr le flou permettra de prendre certaines libertés en fonction des contextes locaux et des statuts concernés. Nous avons pourtant besoin d'un État fort, prévisible, rigoureux et impartial. Ce n'est pas acquis.

Parmi les autres **textes sortis cette semaine** on aurait tort de ne pas se pencher sur ceux **concernant l'hôpital public**. Leur Comité technique d'établissement (CTE) est



désormais informé et non plus consulté sur le contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) et sur l'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD). Il en est de même pour la Commission médicale d'établissement (CME). La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) ne sera plus obligatoirement consultée sur le projet d'établissement et l'organisation interne. Le règlement intérieur fixera en grande partie sa composition et quelques-unes de ses règles. Tout cela est nouveau et certainement fondateur. Les imprécations de Force ouvrière ou les cris d'orfraies des représentants des étudiants sur l'horreur de la transformation de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) en "école de gestion" n'y feront rien. Les "directeurs" vont peut-être ne plus exercer qu'une simple fonction de gardien des statuts et d'animateur des innombrables "comités". Avec ces textes, on voit en effet apparaître comme le début d'une vraie fonction de direction. Bonne nouvelle pour les hôpitaux. Bonne nouvelle pour les citoyens. Le niveau monte. L'administration de la santé nous plombe tous, mais, avec la T2A³, les hôpitaux se mettent à produire plus et, avec un directeur, ils vont devenir plus performants. La question des conditions d'une concurrence loyale va se poser avec de plus en plus d'acuité.

Le "**Règlement arbitral**" est sorti cette semaine aussi. Rien de bien nouveau. Il le fallait pour débloquer la situation. C'est fait. Personne n'est content de ce texte de transition. Comment s'en étonner ? Le système conven-

tionnel est en panne. Le règlement arbitral n'y supplée pas. Malgré tous les discours, les spécialités cliniques y sont encore oubliées, comme les fonctions transversales. La question des dépassements est évitée.

Pour ce qui nous concerne plus directement, la rémunération par "forfaits" est maintenant à la mode. Pourtant personne ne s'intéresse à la réforme du K15 qui est prête depuis 10 ans, encensée par tous les responsables, prévue dans les mesures du Plan cancer 2005-2009. Le Ministre se dit favorable aux forfaits. Le Directeur de l'UN-CAM⁴ aussi. Qui nous expliquera pourquoi personne ne bouge lorsque le dispositif est prêt, qu'il est souhaité par tous, qu'il ne pose aucun problème, qu'il est très probablement fortement incitatif à la qualité. Il y en a qui pensent que cette réforme a le tort rédhibitoire de ne pas coûter cher. Quant à la Radiothérapie, les années passent. La fenêtre des Plans Cancer et des Feuilles de route se referme lentement mais sûrement. La radiothérapie libérale, pourtant majoritaire auprès des patients, aura passé toute cette période sans que personne, ou presque, ne se doute qu'elle existe. Belle performance. Aurait-il fallu avoir un accident ? Notre monde est parfois étrange.

Les négociations pour une nouvelle convention doivent débiter dans les deux ans. Il faut d'abord passer par les élections professionnelles. Patience donc, tout le monde a sûrement le temps...

¹ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé (remplacée par la DGOS par le décret du 15 mars 2010)

² Société française d'anesthésie et de réanimation

³ Tarification à l'activité

⁴ Union nationale des caisses d'assurance maladie

Les réflexions
suscitées par
la crise financière
sont stimulantes
pour celles
concernant
l'organisation du
système hospitalier

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/20

Date de parution : lundi 17 mai 2010

Sujet : **Crise financière et organisation
du système**

Mots types : Rigueur ; Région ; Rémunération ; Performance ; Too big to fail ; Politique structurelle ; Régulation ; Court terme ; Horizon ; Le Monde ; Monopoles ; Stratégie ; Economie ; Stern ; Mougeot ; Servan-Schreiber ; Peyrelevade ; Benkimoun

Année 2010 - p. 35/99

Nous sommes au pain sec. C'est bien désagréable. Cette semaine, la **crise financière** occupe la plus large part des **commentaires**. Souvent, ils apparaissent comme stimulants pour la réflexion sur nos problèmes d'organisation, sur notre avenir, celui de notre système hospitalier s'entend. Citons quelques-uns des termes de ces débats.

- Celui de la rigueur. Elle s'installe dans les pays du sud de l'Europe. En Italie, concernant les dépenses de santé, le gouvernement refuse d'aider quatre régions à combler leurs déficits en matière de santé - le Latium, la Campanie, la Calabre et le Molise -. Les objectifs de réduction des dépenses n'ayant pas été atteints, le gouvernement ne permet plus à ces régions d'utiliser les ressources du FAS, un fond public destiné aux contrées les moins riches. Le gouvernement espagnol s'interroge quant à lui sur le fait de savoir comment convaincre les régions d'entrer dans la "rigueur". De telles choses peuvent-elles se produire en France en matière de régulation des dépenses de santé ? Sans doute pas. Les ARS sont le fruit d'une politique de déconcentration et non d'une tentative de décentralisation à la Juppé. Les ARS sont maîtres chez eux, mais après Dieu, et Dieu, pour eux, c'est le Ministère. La régulation est nationale.
- Celui des modes de rémunérations et d'intéressement à la "performance". Ils structurent les comportements. L'oublier est source de grandes dérives dans les banques et ailleurs. Nous ne faisons pas exception.
- Les réflexions ouvertes par le livre précurseur de Gary Stern et Ron Feldman, "*Too big to fail: the hazards of bank bailouts*" (Trop gros pour tomber : les dangers des renflouements bancaires). Longtemps connu des seuls spécialistes, il est maintenant au centre de toutes les réflexions sur le système bancaire. Comment ne pas penser à nos hôpitaux publics, aux situations de monopole, à la mode du gros dans l'économie administrée, aux MIGAC¹ et aux "subventions d'équilibre" ?
- Deux grandes approches se discutent en terme de réformes du système financier. D'une part l'approche structurelle qui préconise de s'attaquer aux institu-

tions financières qui sont trop grosses pour être laissées tomber et qui, de ce fait, devraient être considérées comme trop grosses pour exister. Pour elle, tout système qui se prémunit contre leur effondrement les encourage dans leurs dérives. D'autre part l'approche de ceux qui considèrent que la régulation de la gestion et des contrôles plus opérationnels doivent primer. Pour elle, ce n'est pas la taille qui est source de danger, ce sont les comportements induits par les règles. Ce sont donc elles qu'il faut adapter ou changer en priorité.

- La critique de la dictature du "court termisme" et de la vitesse qui l'accompagne et le renforce s'étend maintenant bien au-delà de la sphère financière. Même J. L. Servan-Schreiber en fait un livre à succès. Trop de vitesse abrutit, rend fou, déconnecte du réel, la vision bornée sur le court terme vide l'action de son sens... Chacun y va de sa découverte sur les dégâts de la gestion sans horizon, de la culture de l'immédiateté. Pourtant, on nous dit que les banques continuent à investir dans des ordinateurs à la puissance et à la vitesse de calcul phénoménales et, en même temps à recruter une jeune élite de très haut niveau, mais formée à confondre économie avec modèles économétriques, production de richesse et spéculation. Les fluctuations monétaires de la semaine dernière ont dû permettre à ces institutions financières d'amortir très vite ces investissements lourds. Leur gestion n'est même plus dans le court terme, elle est dans la gestion automatisée de l'instantané. Or, sauf prise en charge des urgences, la santé est une œuvre longue, et même les urgences ont besoin de temps long pour être prévues, organisées, pour constituer et roder les équipes. La santé ne se prend pas en charge sans horizon long, le "prendre soin" qui redevient à la mode ne peut se faire correctement sans être relié à une ou des dimensions qui portent sens. La remontée en surface des débats sur l'échelle de l'horizon et sur le sens de la production ne peut donc pas nous nuire.

Le Monde du 11 mai sort un dossier sur l'hôpital. On s'attendrait à ce que sa "contre-enquête" soit au niveau



de ce qu'il propose sur la crise financière. Globalement ce n'est hélas pas le cas. La description du CHU de Nantes et le reportage sur Cochin sont assez fidèles dans leur description de l'ambiance. Mais hélas ici, pas ou si peu de recul dans l'analyse qui fait la marque du Monde. La question "*Comptable ou médical, quel est l'objectif ?*" est encore prise comme sérieuse. Le long "*décodage*" relatif à l'AP-HP² apporte peu, sauf peut-être une phrase qui donnera à penser dans les régions où les ARS mettent en place une politique "anti-doublons" c'est-à-dire de constitution de monopoles locaux, de préférence publics bien sûr. "*L'AP-HP jouit d'une position de quasi-monopole alors que la concurrence forte des cliniques privées a obligé, dans les régions, les hôpitaux à s'adapter*". Tiens ? L'économie de marché en santé, ça ne marche pas. Mais il est tout aussi clair que l'économie de monopole en santé ça ne marche pas non plus. Il est donc temps de relire les rares économistes qui se sont intéressés à la régulation des systèmes de santé. On se souvient par exemple des excellents ouvrages de Michel Mougeot sur la nécessaire articulation d'un système de concurrence fictive et de politiques incitatives. Ils datent de 15 ans...

Revenons au dossier du Monde. L'article introductif qui est presque un éditorial et qui est signé par un bon journaliste, Paul Benkimoun, est à la fois significatif et affligeant. André Grimaldi y est pris comme référence en économie de la santé. Cela permet donc d'affirmer "[...] *l'organisation des soins devrait relever de choix politiques. La balance penchera-t-elle toujours plus dans le sens actuel, celui de la performance économique, ou bien notre système conservera-t-il les fondamentaux d'un service public ? Dans la première hypothèse, la logique de la tarification à l'activité [...] pousserait vers*

une dérégulation au bénéfice du privé et vers une augmentation de la contribution des ménages". Au secours ! Quand sortirons-nous de l'inculture économique en santé ?

Mais positivons quand même. Pour une fois on ne tourne pas autour du poncif habituel de la chasse aux gaspils. Progresserait-on sur ce sujet ? Prendrait-on conscience que le seul moyen d'éliminer les gaspillages, s'ils existent, c'est de changer les règles qui les permettent, ce n'est pas de faire gérer les entreprises par leur Tutelle ? Le Monde n'en dit rien.

Deux citations pour terminer.

- "*Le système français est un système réglementé qui ne reconnaît l'existence de comportements stratégiques qu'au cours des périodes de crise*" constatait Michel Mougeot, justement, dans "Systèmes de santé et concurrence", p. 72. La crise se rapproche. Il va bientôt être temps d'avoir des comportements stratégiques.
- "*La vérité économique leur importe peu puisque leur thèse est politique*" disait Jean Peyrelevade dans Le Monde du 29 avril dernier en parlant des thèses de certains de ses amis politiques de l'opposition à propos des retraites. Ça, nous, on connaît. Mais, qui sait si le débat sur les retraites n'éclairera pas lui aussi l'avenir de notre secteur ? En tous les cas ceux qui, pour les retraites, préconisent de s'entendre sur des règles automatiques pour faire face aux risques de l'avenir vont dans ce sens.

¹ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

² Assistance publique - hôpitaux de Paris

**Il est temps de trouver
des modes de régulation,
des moyens d'établir
des rapports de force efficaces
mais moins contradictoires
avec l'essence
de nos métiers**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/21

Date de parution : lundi 24 mai 2010

Sujet : **Infirmiers anesthésistes ; Rapports officiels**

Mots types : Grève ; Gare Montparnasse ; M. Camdessus ; Finances publiques ; P. Champsaur ; J. P. Cotis ; R. Briet ; Assurance Maladie ; J. C. Moïsdon - M. Pépin ; PMSI ; T2A ; IGAS ; R. Bachelot ; FHF ; Haut Conseil de la Santé Publique ; HCSP

Année 2010 - p. 37/99

Un évènement soudain, violent, rapide (environ 6 heures) a marqué la semaine. Si court qu'il risque de passer inaperçu. Il est pourtant significatif d'une dérive sur laquelle nous avons hélas à nous pencher régulièrement car sa répétition est grave, significative et lourde de périls à venir.

Les **infirmiers anesthésistes** demandent une meilleure reconnaissance de leur formation, de meilleurs salaires et la confirmation d'une exclusivité d'exercice. Soit. Mais, 1.000 à 2.000 d'entre eux ont décidé de bloquer la gare Montparnasse. Ils y parviennent. La gare est évacuée, puis fermée ainsi que la station de métro desservie par 4 lignes différentes. Des négociations ont lieu sur les quais, protégées par plusieurs escadrons de gendarmes mobiles. Elles ont un résultat : les réunions de travail déjà prévues sont avancées d'un mois ! Elles ont un prix : 60 TGV, des dizaines de TER et de trains de banlieue bloqués, des lignes de bus détournées créant chaos et perturbations pour des dizaines de milliers de personnes sur une durée d'environ 20 heures et des frais estimés pour la seule SNCF à plus d'un million d'euros. Cette action a été décidée lorsque les responsables ont appris qu'ils ne seraient pas reçus par R. Bachelot. Nous payons une fois de plus l'excessive centralisation de notre système.

"*Je n'ai pas vu de blessés*" se réjouit un des leaders syndicaux. Si. Nous le sommes. Le droit de grève, si important, est dévoyé. La grève établissait un rapport de force avec le patron. Dans les secteurs monopolistiques d'Etat, elle devient synonyme de prise d'otages dans la population pour la défense d'intérêts corporatistes et catégoriels. La SNCF, victime ici, est souvent à l'origine de tels dévoiements du service public comme du droit de grève. Que le secteur de la santé tombe de plus en plus souvent dans ce piège est lourd de périls. Un cardiaque ici, des milliers de voyageurs là. Cela n'a rien d'anodin. Nous avons tous des revendications légitimes. Que pourrions-nous dire sur la réforme du K15 promise depuis plus de 10 ans, sur l'oubli des plateaux techniques de radiothérapie libérale dans les Plans Cancer successifs, sur les prix en chirurgie, sur le mépris et l'ostracisme dont le privé fait si souvent l'objet... ? Pour autant la fin ne justifie pas les moyens, elle les juge et, ici, elle les juge sévèrement.

Dans notre système, pour exister, un Ministre doit de

temps en temps débloquer quelques millions d'euros, si possible au journal télévisé. Pour arriver à se faire prendre en compte, il faut que les lobbies arrachent des décisions coûteuses auprès d'un décideur que cela valorisera. Il se crée ainsi un cercle infernal. Il est plus facile d'ennuyer le peuple que d'ennuyer le patron. C'est aussi plus "payant" au niveau des médias. La prise d'otage est la tentation suprême. Ces événements à répétition sont graves pour nous, pour l'avenir du système hospitalier, pour le pays. En cette période de rigueur annoncée la tentation se fera de plus en plus courante. Elle trouvera à s'autojustifier. "*On nous y contraint*" dit-on déjà ! Il est temps de trouver des modes de régulation, des moyens d'établir des rapports de force efficaces mais moins contradictoires avec l'essence de nos métiers.

Avant l'été, les rapports se multiplient. Certains peuvent paraître lointains. On aurait tort de les négliger. Parmi les derniers parus, citons :

- le **rapport de Michel Camdessus** "*Note d'étape du Groupe de travail sur la mise en place d'une règle d'équilibre des finances publiques*". Court - 20 pages - mais important. Clarification, transparence, unification, prise en compte d'un horizon pluriannuel semi-glissant, renforcement du dispositif institutionnel de gouvernance de nos finances publiques... Rien n'est neutre. Nous sommes directement concernés.
- le **rapport de Paul Champsaur et Jean-Philippe Cotis** sur "*La situation des finances publiques*". 86 pages. "*Pour ramener les finances publiques sur une trajectoire soutenable, il serait illusoire de compter sur un surcroît d'inflation, et tout aussi risqué de s'en remettre à la seule croissance. Un ajustement important de nos finances publiques est donc nécessaire*". "*Il s'agit de conduire des politiques budgétaires qui contribuent à stabiliser la conjoncture économique tout en préservant les intérêts des générations futures*". L'analyse des évolutions financières des régimes de protection sociale tient une place importante dans ce rapport et le rappel de leur évolution historique en fait une synthèse précieuse.
- le **rapport de Raoul Briet** sur "*Le pilotage des dépenses d'assurance-maladie*". Nous avons déjà eu l'occa-



sion d'évoquer la mission confiée à Raoul Briet : rien moins que de trouver des mécanismes d'ajustement automatiques. On pense aux dépenses. Il faut bien sûr penser aussi aux recettes. La longueur du rapport (73 pages) montre l'embarras des rédacteurs. De fait, leur rapport est décevant. Leurs préconisations sont intéressantes mais elles ne sont pas à la hauteur des enjeux. Les prix provisoires font peur. On le conçoit. La constitution d'une réserve constituée d'une fraction des dotations nouvelles va dans ce sens. Reste à définir lesquelles. Beau champ de bataille en perspective. Mais penser que multiplier les procédures et les comités d'alerte, de pilotage, les injonctions d'élaborer des stratégies de régulation préventive, le recours à des expertises externes... va influencer sur le niveau d'emploi qui détermine les recettes ou sur les décisions individuelles de prescription des soins, c'est illusoire. Il y aura donc d'autres rapports sur le sujet.

Cela ne veut pourtant pas dire que le rapport Briet est sans influence. Au contraire. Nicolas Sarkozy s'en recommande pour fixer, à la barbe du Parlement, le rythme d'évolution de l'ONDAM¹ pour les prochaines années : 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012. Rude, mais hélas prévisible. Reste à en trouver des modalités "intelligentes" et non destructrices.

- le **rapport de J. C. Moisdon et de M. Pépin**, "*document de travail*" sur "*Les impacts de la T2A² sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé*" à partir de l'"*étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements*". Long et roboratif. Ce rapport illustre la lenteur et l'ambiguïté de certaines évolutions internes aux établissements. Elle souligne

aussi la nécessité de visibilité sur l'évolution tarifaire et de stabilité des règles de constitution des GHM-GHS. Nous ne sommes pas au bout de la réintroduction des exigences de bonnes pratiques économiques dans celles des bonnes pratiques médicales.

- le **discours de la Ministre devant la FHF**. Il ne s'agit pas d'un "rapport", mais d'un vrai discours programmatique. Les auditeurs étaient intéressés - on ne va pas se plaindre lorsqu'un Ministre fait un vrai discours d'orientation politique - mais perplexes : pourquoi ce discours maintenant. Pourquoi ces orientations fortes mais parfois décalées de l'actualité. Est-ce un discours appelé à être sans grandes suites ? Probablement. Il n'est pas non plus défendu de le prendre au sérieux et de faire en sorte que les discours des ministres se traduisent par des actes...

Sans parler du **rapport IGAS³** résultant de la mission d'évaluation du **Haut Conseil de la Santé Publique**, pour l'instant semi-confidentiel. Institution jeune mais importante, dépourvue de moyens et au positionnement parfois difficile. Ce rapport sera sans doute influent en termes d'orientation de l'institution. Il est donc important lui aussi.

Lectures longues, techniques et exigeantes compte tenu des impératifs du quotidien. Pas très drôles, mais indispensables à qui veut peser sur le cours des choses, éviter que les usagers des gares ne soient pris en otage et que la couverture sociale ne se dégrade.

¹ Objectif national de dépenses d'assurance maladie

² Tarification à l'activité

³ Inspection générale des affaires sociales - Ministère de la santé

**Désespérantes
les 46 propositions du
rapport sur le
fonctionnement de l'hôpital de
la MECSS**

**Plein d'espoirs,
le colloque organisé par l'UEHP**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/22

Date de parution : lundi 31 mai 2010

Sujet : **L'hôpital et la MECSS ; les cliniques et l'Europe**

Mots types : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale ; Fonctionnement de l'hôpital ; UEHP - Union Européenne de l'Hospitalisation Privée

Année 2010 - p. 39/99

Désespérant. Désespérantes en effet les 46 propositions tirées du **rapport sur le fonctionnement de l'hôpital de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS)**. Désespérant le fait qu'il ait été adopté à l'unanimité par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Malgré beaucoup d'approximations, le rapport ne se réduit pas à ses propositions, son contenu et ses observations auront leur utilité.

Mais ces 46 propositions sont dangereuses dans leur contenu et inquiétantes sur le niveau et la stratégie de nos élus. Ils en sont encore au mythe selon lequel les professionnels sont mauvais et qu'il faut que la Tutelle leur apprenne à bien travailler. Quel gâchis alors qu'il y aurait tant de travail pour les élus : agir sur le système en le dotant de règles cohérentes et pérennes et des moyens de contrôle et d'évaluation nécessaires à la vérification de sa capacité à remplir les missions d'intérêt général qui lui sont confiées.

Citons quelques-unes de ces propositions :

- attendre des ARS les "*objectifs de réorganisation interne et l'amélioration des établissements*" est voué à l'échec. Prix, concurrence fictive, contrôles, incitations feront toujours plus que la gestion bureaucratique à distance des équipes de production ;
- que va faire le Parlement d'un "*rapport sur les réorganisations internes*" ? Pourquoi ne se soucie-t-il pas d'avoir un rapport sur les réorganisations internes à Renault, aux Banques, ou aux exploitations agricoles. Quant à publier les résultats de ces "*réorganisations internes*" sur Internet, on pourra enfin savoir "où t'es, là... ?" , comme sur Facebook ;
- bonjour les dégâts dans la gestion interne puisque l'administration va "*organiser le dialogue social sur les évolutions organisationnelles...*" !
- tout va bien aller puisqu'on va donner "*un caractère opposable aux guides de bonnes pratiques organisationnelles*". Bien sûr les bureaux centraux de l'administration savent mieux que les professionnels de terrain ce qu'il faut faire. Le résultat est connu d'avance : des professionnels déresponsabilisés, des changements de "règles" incessants, des organisations plombées. On est

loin de l'Abécédaire de la chirurgie ambulatoire qui se voulait lui aussi guide de bonnes pratiques organisationnelles : il ne procédait que par questions, situait les exigences réglementaires, les bonnes pratiques médicales et ce qui faisait éventuellement débat. Il renvoyait ainsi à la qualification et à la responsabilité des professionnels qui exercent dans des contextes précis et variables ;

- on va "*renforcer la formation en management et conduite du changement des directeurs d'établissement*". Quelle chance ! : quand on n'est pas bon, c'est plus sympa que d'aller voir ailleurs... On va aussi "*évaluer l'efficacité de la formation d'adaptation au poste de directeur d'établissement*". Les méchantes langues diront qu'il est temps !
- on va "*demander à l'ANAP¹ de formuler des préconisations en ce qui concerne l'organisation des pôles*". Pourvu qu'elle garde la liberté de ton qu'elle montre depuis sa création !
- on va "*rendre effective la mise en place d'une comptabilité analytique performante dans tous les établissements dans un délai de deux ans*", comme on le fait régulièrement depuis 1983 ;
- il faut "*demander à l'ASIP² santé d'accélérer la mise en place du dossier médical personnel (DMP)*", il est vrai qu'on nous avait promis que ça se réglerait en quelques mois ;
- sur la régulation par la qualité on va "*développer l'informatisation des blocs opératoires, utiliser des logiciels de gestion des blocs, améliorer la planification de l'activité et assurer le suivi à l'aide d'indicateurs...*". Sans doute que cela évitera de se doter d'un vrai chef de bloc doté de l'autorité nécessaire au respect du planning défini en commun ;
- on va aussi "*mettre en place une gestion mutualisée des lits et des capacités dans les établissements de santé ainsi qu'entre les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, dans le cadre régional*". Comme ça le grand planificateur réglera tout et on n'aura même plus besoin de direction
- "*définir un référent, coordinateur de séjour ou de parcours de soins pour chaque patient*". Ça, c'est bien, ça va créer des emplois et ça évitera de s'organiser pour le



- patient ;
- "renforcer la rémunération de la qualité des soins par des dotations au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)". Voilà qui promet !
 - "généraliser le paiement [...] au moment de l'entrée de l'usager". Comme au spectacle ! Pour une fois qu'on pense aux pauvres comptables ;
 - "lutter contre la souffrance au travail". Celle-là est bien sympathique.

On regrette souvent que les "Rapports" officiels soient sans suite. On le souhaite aussi parfois, même si les questions soulevées restent entières.

Plein d'espoirs, par contre, le **colloque** organisé cette semaine par l'UEHP, l'**Union Européenne de l'Hospitalisation Privée**. Les participants étaient nombreux et de qualité. Outre les représentants de l'hospitalisation privée de nombreux pays, plusieurs parlementaires étaient là, ainsi que des fonctionnaires européens de haut niveau. On pouvait s'étonner de l'enthousiasme d'un ancien ministre de la santé du Royaume Uni qui faisait assaut de militantisme avec une parlementaire italienne élue sur une liste de la Ligue Lombarde pour la création sans délai d'une Europe de la santé qui abolisse le principe de la subsidiarité. Mais il était impressionnant et réjouissant de constater, malgré les différences de systèmes, de culture, et de pratiques, l'unanimité sur les principes adoptés par l'UEHP dans sa "**Déclaration de principe et d'intention de l'hospitalisation privée européenne**". "*Les services de santé font partie des services*

d'intérêt général définis au niveau communautaire. En conséquence, dans le domaine de la santé, le service est public, mais la fonction peut être publique ou privée. En Europe, le droit du citoyen au libre choix est un choix de société auquel le secteur de la santé ne peut faire exception. L'accessibilité n'est effective que si, parmi les prestataires, il existe une parité de droits et de devoirs, à laquelle correspond un financement égal des prestations. L'accès à des soins de qualité soumis à une évaluation technico-scientifique de la conformité par rapport à des critères de qualité déterminée est un droit pour le citoyen européen. Afin d'atteindre cet objectif, les états membres doivent mettre en place des procédures de contrôle de qualité et les mesures d'amélioration au niveau nationale et régionale. L'accréditation réglementaire, sur base des lois nationales en vigueur dans chaque pays, doit garantir une réciprocité d'équivalence de qualité, principalement en ce qui concerne la sécurité des consommateurs".

Même si ce type de réunion internationale peut parfois paraître, à tort, un peu éloigné du quotidien, on ne peut qu'être admiratif du travail accompli par ceux qui en ont pris l'initiative. Comment ne pas souligner aussi la qualité du discours final du Président Ponceillé et l'ambition collective tout à la fois solide, fondée et exigeante qu'il a exprimée au nom des responsables de l'UEHP. Nombreux étaient ceux, parmi les participants, qui étaient fiers d'avoir participé à ce premier colloque et impressionnés par la qualité des travaux et des perspectives ouvertes en termes d'Europe sociale et solidaire. L'avenir était bien, là.

¹ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

² Agence des systèmes d'information de santé partagés

Une fois de plus,
nous allons
traiter dans l'urgence
un dossier connu
depuis plus de dix ans et qui
aurait pu - dû ? -
être traité à froid.

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/23

Date de parution : lundi 7 juin 2010

Sujet : **Chirurgie de la cataracte**

Mots types : Anesthésie ; Sécurité ; Cabinet ; Office based ;
Chirurgie ambulatoire

Année 2010 - p. 41/99

Ces jours-ci, la **chirurgie de la cataracte** est à la une, pour deux motifs :

- d'une part, dans le cadre des économies à faire sur 2010, sur le champ de l'ONDAM¹, des "mesures correctrices" nouvelles sont décidées, pour septembre. Leur "rendement" est estimé à 600 millions d'euros. Parmi elles, notons le gel de crédits alloués au FMESPP² et le gel de provisions destinées à l'achat de médicaments coûteux à l'hôpital. Nous y reviendrons. Arrêtons-nous cette semaine sur le "coup de rabot" prévu sur les tarifs de la chirurgie de la cataracte. Il prendra la forme d'une "baisse des tarifs de l'anesthésie de la cataracte" qui produira 10 millions d'euros d'économie... et sans doute de gros dégâts dans les cliniques.
- d'autre part, il y a quelques mois, la DSS³ a saisi la HAS⁴ sur la question de savoir quel serait l'environnement requis pour pouvoir faire des opérations de la cataracte en cabinet. Les travaux avancent.

Faut-il s'étonner de ces deux sujets ? Est-on dans l'inévitable ?

- A l'évidence la baisse des rémunérations sur l'anesthésie de la cataracte était prévisible et évoquée, depuis près de 15 ans, sur le motif indiqué : peut-on durablement considérer qu'une anesthésie topique doit être payée comme une autre forme d'anesthésie ?
- A l'évidence aussi l'ouverture de la chirurgie de la cataracte aux cabinets serait une mauvaise nouvelle pour la qualité des soins en France. Pourtant les pressions sont fortes. Le risque existe et s'accroît.

Au-delà de ces premières "évidences", il faut revenir sur chacune des deux initiatives pour les mettre en perspectives, car on est là très loin des "évidences".

☞ Commençons par la **question de savoir s'il faut autoriser l'opération de la cataracte en cabinet**. La réponse est largement consensuelle. Il y a déjà dix ans, les trois premiers Présidents de l'IAAS (International association for ambulatory surgery) avaient déclaré que "pour minimiser les risques, un cabinet médical [qui pratique des actes de chirurgie] doit disposer d'un niveau d'équipement et de personnel équiva-

lent à celui dont dispose une unité de chirurgie ambulatoire. Alors, de fait, il devient un centre de chirurgie ambulatoire indépendant" (Ambulatory Surgery 8 (2000) 163-164). Dans le contexte français, ces auteurs auraient dit : "alors, de fait, il devient un établissement de santé". En France toute la question est là. La réponse ne vient pas. La DHOS n'a jamais voulu de nouvelles qualifications d'établissement de santé. Encore récemment, on l'a bien vu sur la question des cabinets de radiothérapie. Elle laisse le soin à la justice de procéder à ces qualifications de bon sens au fur et à mesure des accidents qu'elle aura à juger !

Cet immobilisme impatient de la Sécurité sociale car il y a encore des effets de productivité à gagner sur la cataracte, opération la plus fréquente et dont le nombre ne fera que s'accroître dans les années qui viennent. Les centres autonomes ou indépendants de chirurgie ophtalmique sont depuis 15 ans découragés, malgré quelques soutiens de fait. Economiquement ils ne peuvent sérieusement survivre qu'à coups d'artifices pervers de type secteur 2.

Puis vint le projet de décret portant nouveau dispositif d'autorisation de l'activité de soins "chirurgie". Pour la première fois il reconnaissait les centres autonomes-indépendants. Mais il ne sort pas.

La DSS relaie maintenant la Sécurité sociale et interroge la HAS sur l'opportunité d'une ouverture de ce type de chirurgie aux cabinets médicaux. Le rapport de la HAS est donc attendu avec beaucoup d'attention. Privilégiera-t-elle l'évolution du droit des établissements pour garantir la qualité des soins ou succombera-t-elle aux sirènes de la solution de facilité sous prétexte que la DGOS⁵ est aussi irréformable que la DHOS⁶ ?

Pour ce qui est des centres indépendants, la bonne solution serait de les qualifier d'établissements de santé. Leur rêve consisterait à ce qu'on crée un nouveau type d'établissement de santé qui ne déroge en rien en matière d'environnement de sécurité et d'exigence de certification mais qui soit simplifié à l'extrême en matière de contraintes administratives, en particulier pour ce qui concerne la multitude de comités imposés aujourd'hui à tous les établissements. Il y a bientôt 20

ans qu'on en parle... et qu'on sait qu'en l'absence de reconnaissance juridique, la tentation d'opter pour la solution de facilité deviendra irrépensible compte-tenu des enjeux financiers : ouvrir cette chirurgie aux "cabinets"... L'effet multiplicateur d'une décision est de l'ordre de 600.000. La raison n'ayant pas suffi, la crise, elle, provoque la décision.

☞ **La question de la prise en charge de l'anesthésie** n'est pas étrangère à celle de l'ouverture aux cabinets, ni à celle de la reconnaissance de centres indépendants. Le SNARF⁷ ne veut pas que les anesthésistes soient réduits au rôle "d'extincteurs". On peut le comprendre. Il rappelle aussi que « *les médecins anesthésistes réanimateurs participent, par leur présence, à la sécurité du geste de l'opération de la cataracte* ». Personne ne le conteste, ni en France, ni à l'étranger. Pourtant la question demeure, pour toutes les Tutelles : faut-il payer un spécialiste pour mettre trois gouttes dans l'œil (anesthésie topique) ? S'il s'agit de cela, la réponse est non. Mais les choses sont beaucoup plus complexes. L'expérience de l'office based surgery dans les pays anglo-saxons montre que la cataracte en cabinet fait des morts, entre autres par manque de qualification anesthésie-réanimation des ophtalmologues. Rappelons aussi que 10 à 30 % seulement des patients bénéficient d'une anesthésie topique seule (sans analgésie) et que cette altération du cristallin est souvent un indice de dégradation générale du patient concerné.

Peut-on sortir de la contradiction ? Oui.

Parmi les solutions connues et travaillées depuis quinze ans en France entre ophtalmologistes, anesthésistes et membres de l'AFCA⁸, citons en deux.

La première est l'anesthesia team américaine (un anesthésiste est payé à condition d'être disponible immédiatement, et donc de ne pas être en salle de bloc, et que les anesthésies soient pratiquées dans au maximum quatre salles de bloc opératoire, avec du per-

sonnel formé).

La seconde est celle qui avait été souhaitée à l'unanimité des participants lors des réunions préparatoires au futur décret d'autorisation de la chirurgie : la présence sur site d'un anesthésiste de "recours". La DHOS s'était engagée à faire une lettre de saisine de la CNAM⁹ pour que soit créée une rémunération pour cette fonction de "recours". La CNAM avait donné son accord de principe mais voulait être saisie officiellement. Elle ne l'a jamais été.

L'opération de la cataracte est significative d'enjeux lourds compte tenu de sa fréquence. Ces dernières années, elle est une des interventions qui a donné lieu aux plus grands gains de productivité, par l'apport conjugué des progrès techniques, médicaux et organisationnels. Elle est le prototype des opérations qu'il convient de pratiquer presque exclusivement en chirurgie ambulatoire. Une organisation spécifique améliore l'efficacité et le confort de l'équipe concernée. Cette organisation spécifique ainsi que les volumes concernés poussent à une prise en charge en centres autonomes ou indépendants. L'anesthésie est au centre des réflexions sur l'optimisation du triptyque organisation/efficacité/sécurité. L'ensemble de ce dossier souligne les difficultés rencontrées dans les évolutions structurelles de notre système hospitalier.

Une fois de plus, nous allons traiter dans l'urgence un dossier connu depuis plus de dix ans et qui aurait pu - dû ? - être traité à froid.

Pourvu que les choix qui vont être faits ainsi soient cohérents avec les "évidences" connues des bonnes pratiques !

¹ Objectif national de dépenses d'assurance maladie

² Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

³ Direction de la sécurité sociale - Ministère de la santé

⁴ Haute autorité de santé

⁵ Direction générale de l'offre de soins (ministère de la santé - 15 mars 2010)

⁶ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé

⁷ Syndicat national des anesthésiologistes-réanimateurs français

⁸ Association française de chirurgie ambulatoire

⁹ Caisse nationale d'assurance maladie

L'ASCO,
immense et formidable
école de formation,
lieu d'échange,
de rencontre
et d'animation
de l'interprofession

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/24

Date de parution : lundi 14 juin 2010

Sujet : **ASCO 2010**

Mots types : Laboratoires ; Interprofession ; Obama ; Conflits d'intérêt ; Déontologie ; Council of Medical Specialty Societies (CMSS) ; James Rohack ; AMA ; Onco'Scopie ; P. Fumoleau

Année 2010 - p. 43/99

C'est un privilège de pouvoir participer au **grand rassemblement annuel de l'ASCO**¹. On a beau être prévenu, on est frappé par le gigantisme (35.000 inscrits environ, ce n'est pourtant pas le plus gros congrès international, 443 pages de programme, plus de 3.000 abstracts écrit petit sur un livre au format 21/27 de 944 pages, un "Educational book" de près de 500 pages du même format, des stands d'exposants qui font le concours pour savoir qui sera le plus grand, le plus beau, le plus luxueux - on remarque pourtant un tout petit stand, appelé à grandir, tenu par quelques chinois à l'anglais parfait qui vous proposent des inclusions dans des essais cliniques... - des salles toujours surdimensionnées, une débâche d'énergie - les Français se gèlent toute la journée tant la climatisation est poussée). Bref, nous sommes chez les maîtres du monde, et le monde entier est là. La fluidité de l'organisation est parfaite, et, si l'on fait la queue à l'aéroport ou parfois sagement en ville, il n'y a pas de bousculade et encore moins d'attente au congrès. L'organisation y est en tout point exemplaire. Bref, c'est une vraie expérience.

On se gardera ici de tenter une **synthèse** scientifique. Il s'en est fait, il s'en fera dans le monde entier. Il s'en fera aussi en France, dans plusieurs villes. La presse relaie, pas toujours à bon escient pour ce qui est de la "grande presse". Quoi qu'elle dise, le cru 2010 fut sans grande annonce déterminante : pas de révolution Avastin, la mise en exergue aurait alors été facile. La synthèse d'un tel congrès ne peut être que collective. Nul ne saurait évaluer seul plusieurs centaines de séances se déroulant sur 5 jours, même si l'on ne suit qu'un seul type de cancer, même si les iPhones, Blackberry et autres iPad font merveille pour bâtir son propre programme et guider l'auditeur où qu'il soit. On se contentera donc ici de quelques

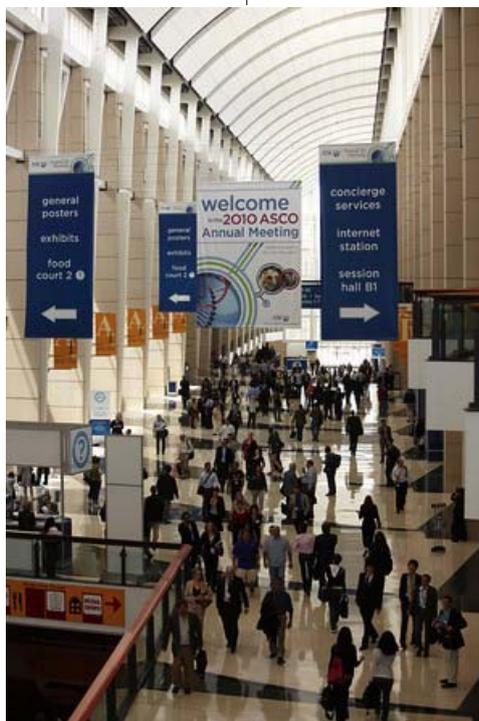
remarques subjectives.

- Ces 5 jours sont tout d'abord une formidable école de **formation**. Nous avons déjà évoqué la richesse de la documentation et la fluidité de l'organisation. Il faut noter aussi que toutes les conférences, toutes les diapositives sont immédiatement disponibles sur le site de l'ASCO pour un prix modique (85 US\$). Signalons aussi les podcasts ou le remarquable "ASCO daily news" distribué sur place chaque matin, téléchargeable lui aussi, et qui fait une bonne synthèse quotidienne des interventions marquantes de la veille.

- Il faut noter aussitôt que cette immense et formidable école de formation, lieu d'échange, de rencontre et d'animation de l'interprofession n'est possible que par la générosité des **laboratoires**, grands et petits. Plusieurs centaines de français étaient là. Il était difficile d'en repérer, même "non prescripteurs", qui ne soient pas pris en charge. Nous-

mêmes l'étions. La profession est redevable car cette générosité ne va pas de soi. Manifestement certains s'y habituent très bien. Il reste que cela vaut reconnaissance vraie auprès de laboratoires par ailleurs souvent décriés.

- Les **participants** sont presque exclusivement des médecins. Cela frappe aussi. Dans les congrès internationaux des autres professions, ingénieurs, techniciens, chercheurs, commerciaux, administratifs, directeurs, représentants des Tutelles et des Agences spécialisées se mélangent, se confrontent, échangent leurs expériences malgré un secret des affaires qui n'existe pas chez nous, essaient de percevoir ensemble en quoi et où l'avenir se construit. Disons le tout net les "administratifs", les "directeurs", comme on dit chez nous, brillent par leur absence. A l'inverse on rencontre peu de méde-



cins français dans les sessions de type évaluation ou organisation. C'est aussi dommage. Mais, pour y revenir, les non-médecins ont tort de ne pas venir à l'ASCO (comme dans les autres congrès médicaux généralistes de ce type). On y apprend beaucoup et vite. Certains objectent "*mais c'est un congrès médical !*", bien sûr, mais ne fait-on pas tous de la médecine ? D'autres : "*c'est un congrès scientifique !*". Certes, mais, d'une part, on n'y traite pas que des tumeurs et des molécules : les sessions consacrées à l'organisation des soins, de la recherche, du suivi, au financement, à l'évaluation, aux soins de support, aux soins palliatifs, aux études médicoéconomiques, aux facteurs culturels et populationnels, à la prévention, au dépistage comme à l'après-cancer sont nombreuses. D'autre part, les spécialistes y font très bon accueil aux "administratifs" - pas un ne s'est étonné d'une telle présence - et enfin, quel plaisir de se faire expliquer les enjeux d'une conférence qu'eux seuls savent distinguer des autres comme étant importante ! Quel bonheur professionnel que de comprendre ce qui se joue, par exemple, sur les PARP, ces enzymes impliquées dans la réparation des altérations de l'ADN et qui ont soulevé des espoirs sérieux, lors de cet ASCO, pour la prise en charge des terribles cancers du sein triples négatifs (TNBC²). Comment préparer l'avenir si on ne le voit pas se construire, comment s'améliorer si on ne se confronte pas, comment anticiper si on ne sait rien de ce qui advient, comment se lancer sur tout l'environnement de la prise en charge du cancer si on ne se crée pas des occasions de découvrir ce que font les autres ? De ce point de vue les expériences relatées en termes de soins de support sont nombreuses, variées et souvent stimulantes pour évaluer telle ou telle orientation stratégique ou, si le mot est trop fort, pour la diversification de notre offre de soins. Alors, messieurs, mesdames, directeurs, directrices, cadres de santé, pharmaciens, responsables qualité, animateurs de réseaux... essayez donc d'être plus nombreux à participer à ce genre de congrès ! Allez-y avec un de vos "spécialistes" ! Et puis, gardez-vous un peu de temps à l'arrivée, tant vous aurez d'idées à décanter et à éclaircir pour ne pas les oublier, ou pour discerner ce qu'elles peuvent changer dans nos pratiques. Vous ne le regretterez pas, tant vous en sortirez professionnellement enrichis !

- Naïveté ou enthousiasme de néophyte ? Qu'on se rassure. On a beau préparer sa journée, faire des choix entre deux ou trois sessions qui se déroulent au même moment, on fait parfois de mauvais choix et tout n'est pas au top de la qualité.

Les couloirs ont beaucoup bruisé sur certaines dérives en matière de **conflits d'intérêt**. La presse s'est par exemple fait l'écho des débats suscités par la session consacrée au déroulement et aux résultats de l'essai du GOG (Gynecologie Oncology Group) sur l'effet du bévacizumab dans le cancer de l'ovaire, et ce malgré la conclusion d'un exposé qui s'interrogeait opportunément sur le coût qui en résultait pour 3,8 mois de survie sans progression. Ce coût, en équivalant annuel, est supérieur à 229.000 US\$! L'ASCO a signé en avril

dernier un code de bonne conduite appelé "*Code relatif aux relations avec les sociétés commerciales*". Ce code a été élaboré au sein du Council of Medical Specialty Societies (CMSS) qui fédère 32 sociétés médicales regroupant 650.000 médecins³. Dans ce cadre, lors du Congrès de l'ASCO, toute intervention est précédée de l'exposé détaillé des "*author's disclosures of potential conflicts of interest*", autrement dit des conflits d'intérêts potentiels des auteurs. Impressionnant. Ça ne résout pas tout, mais on ne peut nier que c'est un progrès important... et que la France est encore en retard sur ce plan.

Parmi les ratés, ou les déceptions, signalons ici les sessions sur les soins palliatifs qui n'étaient vraiment pas à la hauteur de la réputation des Anglo-saxons.

- La dimension internationale est forte à l'ASCO, mais il s'agit bien d'un congrès américain. Une "session spéciale" - "*Health System Reform, Oncology and the AMA*" - était bien sûr consacrée cette année à la **réforme Obama**. La loi concernée est appelée là-bas, la "*loi sur la protection des patients et l'accessibilité aux soins*". Depuis longtemps les professionnels de santé américains nous étonnaient par leurs positions très souvent anti-réforme, leur conception de la liberté et du rôle sociétal de la charité institutionnelle. Aucune critique de fond ne s'est exprimée ici, ni à la tribune, ni dans la salle pourtant très remplie. Il faut dire que l'exposé introductif était fait par le Président de l'AMA (American medical association) lui-même, le Dr J. James Rohack et que sa première diapositive rappelait la déclaration "*AMA House of Delegates Policy*" (adopted June 17, 2009) qui précisait que "*l'AMA soutient les orientations de la réforme du système de soins qui respectent les principes du pluralisme, de la liberté de choix, de la liberté de pratique et de l'accès universel pour les patients*". Il s'est donc vraiment passé quelque chose aux Etats-Unis ces derniers mois... Après avoir fait de l'humour ("*Faites attention ! On obtient parfois ce qu'on désire !... On l'a voulu. On l'a eue !*") le Président s'est réjoui en conclusion : "*plus d'américains assurés, c'est une bonne chose !*". Lui-même et la salle ont exprimé des inquiétudes sur les modalités d'application. Beaucoup craignent que la réforme ne favorise les hôpitaux et ne pénalise les "*médecins indépendants*". Beaucoup poussent à une meilleure connaissance de l'origine des coûts, de leur évolution et de celle de la productivité comparée des modes d'organisation. Notons ici qu'avec la réforme Obama "*les anticancéreux seront pratiquement tous pris en charge en 2019*" (!) Plusieurs intervenants ont par ailleurs plaidé pour la mise en place aux USA d'une approche par comparaisons de type cost effectiveness, à l'exemple de ce que fait le NICE⁵ anglais... Comment penser que nous y échapperons encore longtemps ?

- Il faut souligner aussi, entre autres :
 - quelques brillantes interventions d'**orateurs français** ;
 - des échanges entre spécialistes qui portent ou nourrissent des **projets** de collaboration internationale et

qui sont un signe évident de reconnaissance des Français qui sont alors sollicités ;

- une session intitulée "*les relations entre les hôpitaux et les médecins : les tensions naissantes*". Titre surprenant, mais session très construite et cherchant à modéliser les différents types de relations, en distinguant les logiques, leurs avantages et leurs limites. Malgré les différences de systèmes bien des thèmes sont communs d'un côté et de l'autre de l'Atlantique, les caractéristiques "métiers" tirant souvent dans le même sens.
- la remarquable **réunion de synthèse** organisée par un laboratoire sous le nom d'Onco'Scopie et présidée cette année par Pierre Fumoleau. Il y en a d'autres, mais près de 300 Français ont assisté à celle-là. Un petit groupe spécialisé élabore une quarantaine de diapositives significatives d'un thème précis. Une

réunion ouverte permet d'en sélectionner une dizaine parmi les plus significatives. Elles sont présentées en session plénière, complétées d'un commentaire général confiée à une personnalité avant ouverture au débat. Les thèmes s'enchaînent. Réunion exemplaire et passionnante.

Une question vient alors à l'esprit : mais où est donc l'INCa⁶ ? Ne serait-ce pas son rôle de fédérer ainsi les professionnels, de les aider à évaluer les apports de ce type de congrès, d'organiser ce type d'échanges ? A moins que ce ne soit au nouveau Conseil National de Cancérologie de prendre des initiatives, lorsqu'il se sera un peu structuré ?

En attendant, une fois de plus, coup de chapeau aux laboratoires !...

¹ American society of clinical oncology (USA)

² Triple negative breast carcinoma (cancer du sein triple négatif)

³ cf. mail UNHPC 10/253 du 13-6-2010

⁴ American medical association (1847 - USA)

⁵ National institute for health and clinical excellence (UK)

⁶ Institut national du cancer

Une profession
ne vit
que si elle a
une vision
de ce qu'elle sera
au terme d'une génération

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/25

Date de parution : lundi 21 juin 2010

Sujet : **CNOI - Réglementation - Ligue - Contrôles T2A - EGAR**

Mots types : Conseil National de l'Ordre Infirmier ; Y. Bur ; Cotisation ; Indépendance ; Service public ; Nomination ; Risque ; Médicament ; Autorisation - Seuils de chirurgie ; G. Lenoir ; F. Lara ; Ph. Bergerot ; Sanctions ; SFAR ; Etats généraux de l'anesthésie-réanimation ; Sécurité

Année 2010 - p. 47/99

Le conflit entre la Ministre de la santé et le Conseil National de l'Ordre Infirmier s'envenime. La Présidente du CNOI a qualifié la situation "d'ubuesque". De quoi s'agit-il ? La Ministre veut fixer elle-même le niveau des cotisations, le voulant plus bas que celui fixé par l'Ordre. Yves Bur participe de la pression en déposant une proposition de loi soutenue par la Ministre et qui vise à restreindre le champ de compétence de l'Ordre aux seuls infirmiers libéraux, ce qui, évidemment, n'a pas de sens. Imagine-t-on une mesure semblable pour les autres Ordres professionnels ? Au sortir de la "Mission de conciliation" parlementaire, le représentant de la Ministre qui assiste aux travaux de l'Ordre, pose un ultimatum et confirme la sanction. Il l'assortit d'une précision : les décrets en cours, en particulier celui concernant le code de déontologie, seront bloqués tant que l'Ordre n'aura pas obéi. On croit rêver en effet. Au vu des informations disponibles, voilà un Gouvernement qui institue un nouvel Ordre professionnel et qui, celui-ci à peine installé, veut le réduire à une seule des composantes de la profession qu'il est chargé de représenter et veut fixer lui-même le niveau des cotisations ! Dans le même temps, à l'occasion des textes réglementaires qui sortent, il le charge de missions toujours plus nombreuses. Ubuesque donc, et d'autant plus incompréhensible qu'il y avait eu débat sur la création de cet Ordre. L'UNHPC n'avait pas caché ses réticences devant le danger de renforcement des blocages et des frontières au sein même de nos professions à un moment où il faut au contraire organiser la fluidité et remettre en marche l'ascenseur social. Il est d'autant plus intéressant de noter ici le bon départ de cette nouvelle institution. On ne peut que se féliciter du travail accompli en quelques mois, du refus clair d'un positionnement de repli corporatiste, de la capacité à nouer des démarches communes avec les autres Ordres, en particulier au sein du Conseil National des Ordres Professionnels, et de la recherche d'enrichissements internationaux. Les difficultés de démarrage viennent du fait que, s'il s'agissait d'une revendication collective, celle-ci valait surtout par le soutien de la DHOS. D'où l'incompréhension de certains infirmiers devant leur obligation d'adhésion nouvelle. Surtout, il faut de la constance dans les politiques publiques et ce revirement est choquant dans le fond comme dans

la forme. L'Etat ne peut pas mobiliser toute une profession pour aussitôt l'abandonner sinon contrer ce qu'il exigeait. L'indépendance d'un Ordre professionnel est précieuse, l'histoire a hélas montré combien son abandon était dangereux pour la société tout entière. On ne peut pas non plus la confondre avec celle d'une Agence d'Etat, au service de l'Etat pour redonner un peu "d'indépendance" aux politiques vis-à-vis de la pression médiatique sur les sujets techniques. Il faut donc que la raison l'emporte, mais il faut aussi que cette jeune institution, puisqu'elle existe, fasse tout de suite la preuve de sa capacité à maintenir son indépendance face à des pressions aussi fortes qu'inattendues.

La production réglementaire bat toujours son plein.

- L'accès à la qualification de "**service public**" faisait l'objet d'un intense lobbying de la part de la FHF¹. Finalement, la loi suffirait, sans texte d'application : les "privés" ne seront admis à concourir que s'il y a défaillance de la "fonction publique". La confusion "service public" "fonction publique" a la vie dure. Il doit y avoir de gros intérêts en jeu, sans doute sans "but lucratif"...
- Dans les hôpitaux publics, le décret sur la procédure de **nomination** des principaux responsables est parue. Elle reste toujours aussi complexe que dans le texte soumis en concertation. La fonction de direction progresse, mais à petits pas. Sauf en matière d'engagement des dépenses, les Comités ont toujours le dessus.
- Les textes relatifs à la **gestion du risque**, ceux relatifs à la **gestion du médicament** ont fait l'objet des arbitrages nécessaires, ils devraient paraître assez rapidement.
- Surtout, les décrets relatifs au nouveau dispositif d'**autorisation** en médecine et en chirurgie ressortent du placard. Comme on le sait, les **seuils de chirurgie** faisaient peur. Les consignes sont claires : pas de vagues. Les seuils risquaient d'en faire. On hésitait. 1.500 actes ? 1.000 ? Renoncer aux seuils ? Valait-il mieux retarder encore la parution de ces textes ou les accepter sans seuils ? Finalement on aura un seuil à 1.500, dit-on, (il faudra un arrêté comme prévu), mais avec dérogation possible, les 80 % des décrets de chirurgie carcinologique devenant 70 %, assortis d'un accord de "coopération" avec un établissement autorisé et enga-



gement de céder son autorisation en vue de constituer un seul site dans les trois ans... Tout cela est à la concertation, sans que les organisations concertées n'aient la dernière version du décret dans son ensemble car il est "déjà" au Conseil d'Etat et donc sous embargo. La cancérologie avait inventé le droit de conduire sans que l'on sache conduire. La chirurgie élargit les possibilités mais à condition de faire une conduite accompagnée et de planifier le mariage. On avance quand même.

La Ligue contre le cancer a élu son nouveau président, le Président Lara ayant fait savoir qu'il ne souhaitait pas de nouveau mandat. C'est le **Pr Gilbert Lenoir** qui a été élu et nous l'en félicitons. Les élections étaient ouvertes, avec plusieurs candidats de grande qualité, dont notre Président d'Honneur, Philippe Bergerot. Beaucoup poussaient à sa candidature compte tenu de la qualité de son action à la tête de "L'action pour les malades". Le Pr Gilbert Lenoir connaît bien la Ligue. Il en est administrateur depuis 1998 et a été Président du conseil scientifique de 1998 à 2004. Il lui reviendra donc de présider la Ligue durant toute la durée du nouveau Plan Cancer. Son autorité sur le domaine de la recherche l'aidera sans doute à faire admettre une accélération dans le processus de distinction des deux fonctions de la Ligue : l'ancienne, assurer la collecte de fonds de charité à destination de la recherche, et la nouvelle, représenter les patients. Il a tout de suite exprimé sa volonté de faire de la Ligue "un des acteurs majeurs de la démocratie sanitaire et sociale". Saine ambition dont nous ne pouvons que nous réjouir.

Deux réunions ont particulièrement marqué ceux qui ont pu y participer.

- Mercredi la **FHP-MCO²** proposait une **journée consacrée aux contrôles T2A et aux sanctions financières**. L'actualité, les contrôles ciblés, le refus du Conseil d'Etat de transmettre au Conseil Constitutionnel la question de la constitutionnalité de l'article L.162-22-18 du Code de la sécurité sociale, les écarts d'interprétation... les sujets ne manquaient pas. L'Etat et la Sécurité Sociale bien représentés, de bons avocats, un solide dossier remis aux participants, une bonne organisation, un public nombreux, des exposés nourissants. Cette journée fut un succès. La FHP-MCO compte en publier les actes. Bonne et utile initiative.
- La place nous manque, hélas, pour évoquer à sa juste mesure la qualité et l'importance des **EGAR - Etats généraux de l'anesthésie-réanimation** - qui ont eu lieu vendredi. On connaît la capacité des anesthésistes à bâtir leur profession et leur avance sur le terrain de l'organisation de la sécurité. La **SFAR³** voulait faire un point d'étape sur le thème de "**la sécurité globale du patient opéré**". Cette journée a été remarquable. "*Une profession ne vit que si elle a une vision de ce qu'elle sera au terme d'une génération, elle ne vit que par ceux qui la pensent à long terme*" a dit un des orateurs. C'était le cas ici. Cela nous interroge sur notre propre capacité. Les actes de ces EGAR seront publiés. Leur lecture sera à recommander fortement dans tous les blocs opératoires.

¹ Fédération hospitalière de France

² Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)

³ Société française d'anesthésie et de réanimation

Si la première priorité d'un gouvernement est de protéger la vie de ses populations alors les implications des politiques économiques sur la santé devraient être prises en compte

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/26

Date de parution : lundi 28 juin 2010

Sujet : **Été, Réflexion stratégique, Production réglementaire**

Mots types : Economie ; Spéculation ; Rachat ; Groupes ; Productivité ; Budgets sociaux et sanitaires ; BMJ ; F. Marmot ; Indicateurs ; Autorisations ; Chirurgie ; Médecine ; GCS ; Circuit du médicament ; Risques

Année 2010 - p. 49/99

À la veille de l'été, les grands de ce monde se réunissent pour tenter de se mettre d'accord sur les voies et moyens de **sortie de crise**. Le G20 représente maintenant 88 % du PIB mondial. Puissent-ils ne pas oublier les 12 % restants ! Mais quel progrès de pouvoir se mettre autour d'une table pour essayer de mettre un peu de cohérence dans les affaires du monde. Relance ou rigueur, inflation ou déflation, dette, équilibre, taux de change, Europe sont au cœur des débats. Cette chronique n'est pas le lieu pour les reprendre. Ils nous concernent pourtant directement.

- Nous sommes dans un temps où, de nouveau, autour de l'hospitalisation privée, "il y a plus d'argent que d'affaires". Voici donc revenu le temps de la spéculation qui, à court terme, rapportera à certains plus que le travail et l'investissement. Mirage du "court termisme", de l'intérêt à très court terme, oubli du temps qui fait la vie professionnelle comme l'utilité sociale, aveuglement devant les promesses de gains immédiats. La bulle se gonfle de nouveau. On repart comme avant. Les esprits sont troublés. Une chose est sûre : le temps viendra où il faudra payer la bulle. Ce sera douloureux. L'Etat fait-il quelque chose pour consolider un secteur vulnérable, le nôtre ? Non. L'Etat payera. Et donc le citoyen.
- Nous sommes générateurs de dette. Nous avons, les premiers, osés transférer la dette que nous créons sur les générations futures. La question de notre productivité est donc centrale, déterminante. Elle est encore largement taboue, même si on voit poindre quelques interrogations salutaires.
- Un article du **BMJ**¹ opère pourtant un "renversement". Il y a longtemps que les économistes nous disent que "l'argent c'est la peine des autres". Le BMJ nous rappelle que les budgets sanitaires et sociaux soulagent la peine de ceux qui en ont, sauvent des vies, sont des déterminants majeurs de l'état de santé. Cet article l'illustre non par la Russie des années 90-2000, mais avec nos pays. Il est des évidences qu'il est parfois bon de rappeler et d'essayer de mesurer. "Un article récent de Sir Michael Marmot sur des inégalités de santé au Royaume-Uni a conclu qu'« austérité ne veut pas dire recul de l'État-providence. En effet, l'inverse pourrait

être nécessaire. » Les difficultés économiques actuelles pourraient être comprises comme occasion de réorganiser les budgets sociaux en faveur de ceux qui sont dans le besoin [...] Il serait malheureux de ne pas saisir l'occasion. Si la première priorité d'un gouvernement est de protéger la vie de ses populations [...] alors les implications des politiques économiques sur la santé devraient être prises en compte."

Il nous faut tenir les trois. **Respecter l'horizon temporel qui caractérise nos métiers - produire plus, mieux et moins cher - protéger les budgets sociaux** et donc en grande partie les budgets "santé". La crise ne fait que confirmer et amplifier ces impératifs.

Est-ce l'été qui arrive ? Est-ce l'effet de la crise ? La **réflexion prospective** et stratégique est de nouveau ressentie comme nécessaire. Les "spécialistes" produisent rapports, livres, réflexions, colloques en grand nombre. Ce qui est nouveau c'est que ce grand mouvement s'intéresse maintenant à notre secteur. Il n'est plus tabou de constater que la loi HPST² ne suffit pas et est sans doute trop décalée par rapport aux vrais sujets d'avenir. Roselyne Bachelot a lancé à Hôpital Expo un chantier de réflexion stratégique à l'horizon 2025. Son cabinet y travaille. Les rapports s'accumulent. Les clubs de réflexion produisent. L'Institut Montaigne a, par exemple, fait paraître une nouvelle "note" intitulée "Sauver l'assurance-maladie universelle. Pistes de réflexion et de réforme pour les prochaines années". Le Centre d'Analyse Stratégique réunissait cette semaine un groupe de travail sur la question "Y a-t-il encore des marges d'efficience à l'hôpital ?" et publiait en même temps une "note de veille" éponyme. Autant que faire se peut nous diffusons ces travaux. Ils sont nécessaires et utiles. L'été sera propice à la réflexion pour l'action à venir.

Pour cela il faut pouvoir s'appuyer sur des outils de suivi et d'évaluation. Notre pays comble petit à petit son retard sur la production d'**indicateurs**. Il y a fort à dire sur cette nouvelle mode, mais n'oublions pas que le secteur privé a voulu, a largement été à l'origine et beaucoup contribué à cette approche par indicateurs. Le site Platines est opérationnel. Une nouvelle série d'indicateurs sera rendue publique le 21 août. L'ANAP³, prenant le relais et ampli-



fiant le tableau de bord de synthèse sur les établissements qu'avait fait l'UHP⁴, repris ensuite par la CNAM⁵, travaille vite et bien à la constitution d'"Hospidiag". Le site et l'ensemble des données agrégées et ordonnées seront disponibles en Septembre.

L'été est propice à la **parution de textes** importants et parfois imprévus. Pour ce qui est de l'imprévu, cette année ne semble pas être une année à risque. La machine à faire de la réglementation a été occupée à plein par HPST. Par contre, pour la même raison, le rythme de sortie ne faiblira pas. Citons ici quelques exemples.

- Les **décrets portant nouveaux dispositifs d'autorisation** des activités de soins "chirurgie" et "médecine" vont sortir... avant le 2 août. Cette date contraint l'administration car si elle ne la respecte pas, il faudra refaire les schémas régionaux. Ces textes dépendent encore d'un temps où le respect des procédures était plus contraignant qu'après HPST. Les nouvelles "dispositions transitoires" que nous avons déjà évoquées ont été acceptées au CNOSS⁶ (activité minimale à 70 % du seuil, calcul sur 3 ans, accord de coopération, cession de l'autorisation au bout de cette période). Rien ne s'oppose donc plus à leur publication. On s'en réjouira même s'il reste des incertitudes sur leur rédaction définitive et si cette "solution" politique concernant les seuils est probablement lourde de périls pour certaines cliniques qui sont proches d'un hôpital qui est à peu près à 70 % du seuil. Il est en effet facile d'imaginer que nous aurons quelques surprenants mariages forcés pour "sauver l'hôpital"... Au passage on voit apparaître dans un texte réglemen-

taire la notion de "cession d'autorisation"...

- De même on annonce la sortie des **textes relatifs aux GCS**. Ils ressortiraient du frigo où on les avait heureusement fait disparaître. Là, il y a grand péril. Ce péril se concentre sur les GCS⁷ "établissements de santé" qui sont des machines infernales à transferts forcés d'autorisations, perte de patrimoine, aspiration du privé vers le public, coûts accrus pour la société. Quand aurons-nous enfin un véritable droit de la coopération et définition d'un régime des responsabilités adapté à la médecine concertée ? Il semble hélas que l'on doive encore attendre longtemps.
- Les textes relatifs au **circuit du médicament** et à la **gestion des risques associés aux soins** devraient sortir eux aussi. Ils sont importants entre autres par le renforcement des responsabilités confiées aux CME⁸, la réorganisation de certains comités (CLIN⁹, Médicament), l'apparition, après longs débats, d'un "coordonnateur de la gestion des risques" qui n'est pas obligatoirement médecin mais dont on dit seulement qu'il "dispose d'une formation adaptée à l'exercice de ces missions"...
- Chacun aura noté la sortie récente de deux circulaires importantes concernant les **médecins salariés** et les **actes frontières**.

L'été est là. Cette chronique se fera un peu irrégulière. Nous souhaitons de bonnes vacances à ceux qui en prendront.

¹ David Stuckler, Martin McKee, *Analysis: Budget crises, health, and social welfare programmes*, BMJ 2010;340:c3311

² Loi hôpital patient santé territoire (loi "Bachelot" - 2008)

³ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

⁴ Union hospitalière privée (devenue FHP en 2001 par fusion avec la FIEHP)

⁵ Caisse nationale d'assurance maladie

⁶ Comité national d'organisation sanitaire et sociale

⁷ Groupement de coopération sanitaire

⁸ Commission médicale d'établissement ou Conférence médicale d'établissement

⁹ Comité de lutte contre les infections nosocomiales

"La place
des réseaux régionaux
dans le paysage
de la cancérologie
se confirme.

Ils constituent un des vecteurs
de l'évolution des pratiques
et de l'accès aux informations"

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/29

Date de parution : lundi 19 juillet 2010

Sujet : **Démographie médicale et paramédicale ; RRC**

Mots types : Démographie - Observatoire - McKinsey - Workforce - Mission - L. Hénart, Y. Berland, D. Cadet - Professions intermédiaires - M. Gauchet - D. Schnapper - Tableau de bord - RRC - Réseaux régionaux de cancérologie

Année 2010 - p. 51/99

Le hasard fait qu'au moins trois événements de nature très différente ont souligné, cette semaine encore, la nécessité d'une meilleure maîtrise des **problèmes de la démographie médicale et paramédicale**.

- la parution du décret relatif aux missions de l'Observatoire de la démographie des professions de santé¹. Ce texte est important. L'observatoire monte en puissance. Ses fonctions sont élargies et régionalisées. Son champ de compétence "démographique" comprend maintenant l'implantation territoriale, les modes d'exercice, les conditions d'exercice, l'accès aux soins. Les Ordres, les Fédérations d'établissements, les URPS² participent à ses instances. Cette participation porte sens et vaut qu'on s'y consacre.
- la publication du rapport du cabinet McKinsey "Managing the clinical workforce" avec son approche très pragmatique, à l'anglo-saxonne, mais aussi le constat d'une problématique internationale qui s'impose quel que soit le système de santé. Le dilemme planification - incitations se pose partout. La dimension territoriale est déterminante. Les questions relatives à la productivité et au progrès technique sont décisives.
- l'invitation à participer à une table ronde de concertation sur les nouveaux métiers en cancérologie organisée par L. Hénart, Y. Berland et D. Cadet, chargés de Mission par R. Bachelot et V. Péresse. Le sujet de la Mission est de savoir comment surmonter les inconvénients dus à la "bipolarité" qui sépare les professionnels médicaux des personnels paramédicaux sans laisser assez de place aux niveaux "intermédiaires". Les participants étaient nombreux. On ne peut préjuger de la sagacité des rapporteurs, mais force est de constater au vu de cette réunion que la remarque selon laquelle "une grande foule qui délibère est un excellent moyen pour augmenter les "biais" cognitifs, autrement dit les préjugés et les préférences de groupe" est sans doute fondée³.

En matière de démographie, la confusion règne. On parle beaucoup, mais, à part l'évolution des numerus clausus, on ne fait pas grand-chose d'efficace. Ce n'est pas parce qu'il ne se passe presque rien qu'il n'y a pas de problèmes. De surcroît la médecine libérale se meurt car les conditions de son avenir ne sont pas assurées et, qu'au

contraire, les dépassements d'honoraires et le découragement organisé des médecins entrepreneurs programment sa disparition. Pourtant, comme le dit Marcel Gauchet dans un entretien au Monde ce 18 juillet, sur un autre sujet : « *Le changement ne peut venir que de l'intérieur, que d'une prise de conscience au sein des élites françaises. Malheureusement, je crois qu'il faudra de grosses secousses pour qu'elles y viennent. Il y a parmi elles des gens lucides, qui voient ce qui se passe, mais dès que les positions de pouvoir sont là, les mauvaises habitudes reprennent le dessus. L'inertie historique est très forte ; le système est verrouillé.* » La question est donc aussi et surtout chez nous. Manifestement, au niveau collectif, comme notre France dépressive, nous manquons de confiance en nous, nous avons du mal à nous rassembler sur une conception du métier, sur une vision stratégique de notre avenir. Justement, "la confiance" est le sujet de "la leçon inaugurale" que prononcera Dominique Schnapper (sociologue, ancienne membre du Conseil constitutionnel), ce lundi 19 juillet, à Montpellier, lors de l'ouverture des Rencontres de Pétrarque, et sur France Culture... Bon sujet.

La synthèse "tableau de bord" 2008 des Réseaux régionaux de cancérologie est sortie⁴. C'est une bonne nouvelle. On pourrait s'arrêter là. Pour une fois, l'administration produit de l'information à partir des innombrables données, rapports, dossiers, enquêtes qu'elle demande, dont on ne sait l'usage et qu'elle redemande à chaque fois qu'elle en a envie tant elle est incapable de retrouver ses propres données. Il y a bien sûr quelques exceptions, à la DREES⁵, à l'ATIH⁶, à la Sécurité sociale. On attend beaucoup de l'Hospidag de l'ANAP. Mais au total nous ne sommes pas très riches et, souvent, les sources accessibles sont peu fonctionnelles. Il faut donc noter que l'INCa⁷ fait ici du bon travail.

Ce document est long (90 pages), mais il faut le lire avec attention et commencer à prendre l'habitude de s'y reporter.

Qu'est-ce qu'un tableau de bord ? : avant tout un langage commun permettant à des opérationnels de cultures différentes de dialoguer entre eux au sujet de leur contribution



à une activité commune. Ensuite un outil de suivi de l'évolution d'une activité par rapport à des objectifs hiérarchisés en fonction d'une stratégie énoncée.

On est bien dans ce cadre, même si l'on sent que ce qui fait l'objet du suivi est plus ce que désire l'administration que la qualité de la prise en charge. Mais le vocable de tableau de bord, rare dans l'administration, n'est pas ici usurpé. Il s'agit encore souvent d'une série de photos, d'instantanés, plus que d'un tableau de bord, par définition dynamique. Certes, mais il commence à y avoir des données mises en perspective. En sous-titre, le document mentionne : "*Evolution 2007-2008*". C'est un bon début.

Toujours au chapitre du positif, ce tableau de bord souligne dès sa première page que 15 des 17 "résultats clés" sont en progression. C'est un beau score, même s'il faut être prudent : depuis le début du siècle dernier, on sait que les résultats donnés par l'administration ont, lorsqu'elle est concernée, une tendance à être surévalués. Surtout, pour ce qui est de ces résultats précis, on reste sur le fait que beaucoup de définitions sont floues (cf. l'annonce par exemple) en plus d'être souvent déclaratives, peu vérifiables et le plus souvent pas vérifiées. On jugera donc en tendance et la tendance est globalement positive. La conclusion de la page 74 selon laquelle "*... la place des RRC dans le paysage de la cancérologie se confirme et [...] ils constituent un des vecteurs de l'évolution des pratiques et de l'accès aux informations en cancérologie*" est fondée.

Ce tableau de bord joue son rôle lorsqu'il désigne des champs d'amélioration importants. Citons par exemple les résultats pour le moins étonnants concernant la feuille de présence aux RCP⁸ ou l'élaboration de son

compte rendu. On s'étonne de la faiblesse des "résultats" concernant le PPS, tant ce qui est demandé par l'INCa est squelettique ou de bon sens. Pratique catastrophique ou simplement incompréhension de la question ?

Ce tableau de bord confirme aussi, en creux, quelques questions lourdes. Citons-en ici quelques-unes. Ce que nous avons toujours plaidé : la notion de recours est très liée aux contextes locaux et elle ne peut se borner aux recours "régionaux". L'absence presque totale des réseaux de santé (réseaux de territoire). Les modes changeant dans l'administration et les réseaux de santé ne sont plus à la mode. Les principaux responsables de l'INCa leur étaient hostiles et ont essayé de forcer l'organisation en "3C" pour les contrer. Il reste qu'une "*cellule qualité*" n'est pas un "*réseau de santé*" et que les besoins de prise en charge coordonnée demeurent... Rien sur les délais de prise en charge, même si le sujet n'est plus tabou à l'INCa et que la page 72 donne quelques espoirs. Rien sur la productivité des professionnels. Rien sur les écarts de financements et la productivité de ces financements. Pratiquement rien sur les inclusions dans la recherche clinique pourtant désignées comme critère incontournable de bonne pratique.

Au total, il faut se réjouir de la parution de ce "tableau de bord". Malgré ses limites, il permet de mesurer quelques évolutions, il permet un début d'analyse comparative, il souligne les besoins d'évaluation. Il faut qu'il perdure. S'il le fait et qu'il évolue, il est appelé à jouer un rôle important.

¹ cf. mail UNHPC 10/311 du 17/7/2010

² Union régionale des professionnels de santé

³ cf. l'article "*Pouvons-nous devenir plus intelligents individuellement comme collectivement*" R. Sussan, H. Guillaud, Le Monde Internet Actu du 16-7-2010)

⁴ cf. mail UNHPC 10/308 du 16/7/2010

⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère de la santé

⁶ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

⁷ Institut national du cancer

⁸ Réunion de concertation pluridisciplinaire

On expérimente la facturation à l'hôpital

Le Président souhaite qu'on définisse "un nouveau cadre d'expression pour les médecins libéraux"

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/30

Date de parution : lundi 26 juillet 2010

Sujet : **Légion d'honneur - Factures - Missions - Médecine libérale**

Mots types : Marie-France Gaucher ; Elisabeth Hubert ; François Baudier ; Facturation individuelle ; FIDES ; Expérimentation ; Hôpital public ; ARS, Objectifs majeurs

Année 2010 - p. 53/99

C'est l'été et, le 14 juillet, la traditionnelle promotion dans l'ordre de la légion d'honneur. Une des nôtres est à l'honneur : **Marie-France Gaucher**, Directrice générale de la Polyclinique de Navarre à Pau.

Une femme, directrice de clinique, en province, promue par le Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi. Tout est bien, tout porte sens. Son mérite, nous le connaissons tous et, à chaque réunion professionnelle, ses capacités nous enrichissent. Ses qualités sont maintenant reconnues devant la nation et cela nous fait plaisir à tous. Par elle, c'est toute la difficile profession des directeurs de clinique qui est reconnue et honorée. Certainement aussi, le rôle et le service assurés par la Polyclinique au plan local.

Bravo et merci Marie-France !

C'est l'été. On s'amuse.

Le budget global date de 1983. Le PMSI¹ aussi. La "tarification à la pathologie" comme on disait avant de dire "T2A²" devait se faire en 1984. Puis, parmi les nombreux engagements fermes des gouvernements successifs, elle a, entre autres, été promise pour 1992, pour se faire en 2008... Bravo ! Cela a été difficile. La preuve, on a mis 25 ans à faire cette réforme nécessaire, utile et de bon sens. Ça a été plus long qu'ailleurs, mais on l'a enfin fait. Depuis, la convergence se fait elle aussi, lentement mais sûrement. Ce que le bon peuple ne sait pas, c'est qu'elle se fait grâce à l'augmentation des MIGAC³. En matière de convergence, tout change pour que rien ne change. C'est technique, donc compliqué. C'est dispendieux mais politiquement habile.

Par contre, ce que le bon peuple ne peut pas même imaginer, c'est que le plus gros employeur de France ne sait pas faire et donc ne fait pas de facture. C'est pourtant vrai. L'hôpital est maintenant, pour une partie importante, payé comme tout le monde pour ce qu'il fait et non plus pour ce qu'il est. Mais allez donc dire à votre créancier que, malgré ça, l'hôpital du coin ne sait pas faire de facture, qu'il n'a même pas de logiciel pour cela. Il ne vous croira pas. C'est normal. Ce n'est pas croyable, donc, politiquement, ce n'est pas dangereux. Mais on ne sait jamais, il faut donc bouger. Il y a d'ailleurs très très longtemps qu'on dit que l'hôpital va s'y mettre. Beaucoup y ont cru lorsque Mattéi a décidé de passer à la T2A. Main-

tenant c'est du sérieux. Surtout ne le dites pas à vos voisins. Mais entre nous, on peut se le dire. Les choses commencent. Prudemment bien sûr. Pas d'imprudences ! La preuve que c'est du sérieux ? On a un logo spécifique, un site Internet dédié fait par le Ministère : <http://www.sante-sports.gouv.fr/la-facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante-fides,6077.html>, un chef de projet, un comité de pilotage, un sigle (Fides⁴) et... une expérimentation. Une fois n'est pas coutume, citons la dépêche de presse, car ça ne s'invente pas !

« Cinquante-cinq établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif (Espic) ont été retenus pour expérimenter le projet de facturation individuelle (Fides), a-t-on appris vendredi auprès de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS⁵).

Le projet Fides vise à déployer un dispositif de facturation directe des consultations et des séjours aux caisses d'assurance-maladie par les établissements publics et Espic et à passer d'une facturation mensuelle à une facturation au fil de l'eau dès que les factures sont prêtes, rappelle-t-on.

« Avant toute généralisation, le ministère a prévu de procéder à une expérimentation jusqu'à fin 2012, pour déterminer les meilleures conditions de mise en œuvre en termes de fiabilité, de qualité, de délais d'exhaustivité de la facturation et des paiements, ainsi que le système d'avance de trésorerie aux établissements de santé le plus adapté à ce mode de facturation. » Ah, quand même ! Il y a des fous qui croient qu'on pourrait faire comme tout le monde. Dans le monde normal, c'est défendu de payer une prestation s'il n'y a pas de facture. On pourrait donc ne plus payer ceux qui ne facturent pas. Ah, non ! On soigne des malades, nous, Monsieur ! Vous ne pouvez pas comparer !

« A la suite de l'appel à candidatures qui avait été lancé fin mai, 105 établissements sur 954 ont présenté leur candidature, soit 11 % des établissements publics et Espic, a annoncé la DGOS vendredi. Au final, 55 candidatures ont été retenues par le comité de pilotage du projet, ... » C'est pas beau ça ?

Bref, soyons sérieux. On avance quand même. Parmi les heureux expérimentateurs il y a un adhérent de l'UNHPC, Sainte Catherine à Avignon. Nous savons donc qu'il y aura au moins un établissement qui va réussir cette belle et importante "expérimentation". Bon vent



et bon courage à Sainte Catherine et à tous les expérimentateurs. On peut rire, ça soigne, mais eux, ils sauvent l'honneur.

C'est l'été. On s'aime.

Nicolas Sarkozy aime les médecins libéraux. Il l'a dit lors de sa conférence de presse du 12 juillet. « *Je souhaite, a-t-il dit, qu'on définisse un nouveau cadre d'expression pour les médecins libéraux qui sont dans une situation extrêmement préoccupante. La faillite des vocations, c'est un problème que je ne peux pas laisser en l'état.* » Pourvu que ça dure... Et que cela se traduise par du concret.

Cette semaine, la presse s'est fait l'écho de deux des "missions" en cours.

Elisabeth Hubert prend sa mission très au sérieux et travaille beaucoup. Sa connaissance du milieu et son volontarisme sont de bon augure. Hélas, elle semble délaisser les libéraux travaillant sur plateau technique préférant limiter son sujet à la médecine générale. Bon sujet, mais qui se souciera de l'avenir de la médecine libérale exerçant dans nos établissements avant qu'il ne soit trop tard ?

A partir d'une courte note de synthèse, la presse nous annonce que la mission de **François Baudier** sur les agences régionales de santé (ARS) et l'offre de soins ambula-

toires a identifié quatre axes de travail prioritaires et trois objectifs majeurs. Ces quatre axes visent :

- à favoriser l'émergence de regroupements des professionnels de santé ;
- à contribuer à la généralisation des nouveaux modes de rémunération ;
- à définir et mener avec l'assurance-maladie une politique concertée de gestion du risque ;
- à développer une offre de formation.

Les trois objectifs majeurs consistent à garantir l'accessibilité et la qualité de l'offre, structurer par une meilleure coordination, adopter une démarche d'optimisation des différents parcours de soins. On ne peut pas encore juger du détail des propositions, mais, dit comme ça sur une copie d'étudiant, en ce début d'été, on aurait noté "peut mieux faire"... A l'oral, on aurait dit : "du concret, du concret !"

Au vu de tout cela, les élections professionnelles qui se préparent pour la rentrée confirment leur importance. L'action syndicale devra compter. On s'aime, dit-on, mais on n'a pas beaucoup d'idées pour passer à la pratique. Comme disait un Ministre de la santé il y a quelques années : "*donnez-moi donc des idées, l'administration n'en a pas !...*"

¹ Programme de médicalisation des systèmes d'information

² Tarification à l'activité

³ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

⁴ Facturation individuelle des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif (2010-2012)

⁵ Direction générale de l'offre de soins (ministère de la santé - 15 mars 2010)

Du point de vue
réglementaire,
cette semaine
pourrait faire croire au
retour
du
Poujadisme

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/31

Date de parution : lundi 2 août 2010

Sujet : **Décrets GCS et autorisations**

Mots types : Gestion documentaire ; Réglementation ; Décrets HPST ; Décret GCS ; Coopération ; Décrets autorisation chirurgie et médecine ; Claire Bazy-Maurie ; G. Vallancien, H. Guidicelli

Année 2010 - p. 55/99

Malgré l'été, encore une semaine où la masse des textes réglementaires, des appels à projets, à candidature, des recommandations, des publications qu'il faut connaître est impressionnante... On se demande bien comment et avec quelle organisation interne nos établissements font pour tout trier, tout ventiler à bon escient, tout digérer. La **gestion documentaire** devient centrale. Devant cette avalanche et lorsque, malgré des efforts de discernement, on participe à sa diffusion, on est parfois pris d'angoisse. Mais comment font-ils ? Il y a quelques années, un directeur d'hôpital s'étonnait devant le directeur d'une clinique qui l'interrogeait sur un des derniers textes parus : "mais, vous les lisez tous ?" "oui, on est bien obligé" avait répondu le directeur de clinique. Oui, comment font-ils ?

Cette semaine, certains se réjouissaient justement de la parution de 160 décrets d'application de la loi HPST. Hélas le tableau de bord proposé en page d'accueil du site de Légifrance n'est plus mis à jour depuis 1998. C'est bien regrettable, il était la mesure objective de notre folie réglementaire. Mais il est très probable que la santé continue à dominer tous les autres secteurs, en volume de production du droit comme en tendance.

Du point de vue réglementaire, cette semaine est surtout marquée par deux faits qui pourraient faire croire au retour du Poujadisme.

Tout d'abord, la parution du **décret "GCS"** que l'on disait enterré tant l'article de la loi HPST¹ qui le fonde est mal rédigé. Il y a longtemps qu'on ne se fait plus d'illusion sur le GCS². Il avait été fondé par Claire Bazy-Maurie, dont nous reparlerons, et Bruno Maquart. Le mot "coopération" avait pour eux le sens du dictionnaire et non le sens d'"aspiration" qu'on lui connaît depuis. Mais l'aspiration vers l'hôpital public a du mal à se codifier. On ne compte donc plus les définitions juridiques successives des GCS. Par contre, quel bel instrument de promotion pour la carrière de fonctionnaires aux ordres ou anti-libéraux ! Quel étouffoir d'initiative de coopération vraie par tous les courtisans ! Quel immense et rémunérateur chantier pour les juristes, chantier auto-renouvelable en plus ! L'aubaine continue donc. Cette nouvelle réforme s'est faite à l'initiative de la FHF³. Pourtant la FHF elle-même s'inquiétait du résultat dans HPST. Les GCS "éta-

blissements de santé" la dépouillaient elle-aussi de ses autorisations, et ça, elle n'aimait pas. Plus grave encore pour nous, le choix du régime de rémunération. Il s'agit bien, de fait, d'un instrument de nationalisation rampante et très coûteuse. Les centres de radiothérapie sont parmi les plus vulnérables. Le texte officiel est plus court et moins mal rédigé que les très longues versions qui ont circulé ces mois derniers. Le mode et donc le niveau de rémunération seront en fait décidés par l'ARS⁴. Autrement dit ce sera la note de gueule. C'est sans doute un progrès, mais il est tout petit...

Hélas, les professionnels publics, privés, PSPH qui ont besoin, comme nous, d'un vrai droit de la coopération attendent toujours. Ils attendent aussi, la question est liée, une vision nouvelle et juridiquement fondée du régime de la responsabilité dans l'exercice de la médecine concertée qui est la leur lorsqu'ils coopèrent en réseau ou en RCP. Les bonnes pratiques sont freinées. Il y a maintenant vraiment trop longtemps que ça dure.

Le report "*sine die*" des textes fondant le nouveau dispositif d'**autorisation en chirurgie et en médecine** ensuite. Il est un signe de la grande maladie qui atteint la régulation de notre système de santé. Rappelons que l'obligation d'autorisation préalable à l'exercice d'activités de soins en établissement est une chance pour la France. Beaucoup de pays souffrent de ne pas en avoir. Leur expérience de l'accréditation, parfois longue, en pâtit. Elle y reste cantonnée aux structures et aux procédures et n'arrive pas à institutionnaliser le passage à l'évaluation en termes de résultats médicaux. La France n'a pas cet obstacle : la question des conditions préalables est réglée par le système des autorisations requises. Rappelons aussi que ces décrets sont attendus depuis 7 ans (c'est l'ordonnance dite de simplification du 4 septembre 2003 qui les fonde) ou depuis 5 ans si l'on part du décret du 6 mai 2005 qui fixe les 18 activités de soins soumises à autorisation. On est sur un des socles fondateurs de notre système hospitalier. Loin de nous l'idée que les questions soulevées par la restructuration de l'hôpital public sont simples. Mais les politiques ont peur. Pour beaucoup d'entre eux, la question n'est pas celle de la régulation qualitative du système de soins, mais celle du devenir d'un régulateur fort de l'emploi et de l'investissement lo-

cal ou que celle du devenir des élus. L'administration elle-même poussait à la sortie de ces textes sous prétexte que, passés les premiers jours du mois d'août, les "schémas" devaient être refaits. Le cabinet a dû trouver une échappatoire. L'Elysée a tranché nous dit-on. On remet. La FHF se réjouit. Elle a tort. Ce n'est pas en faisant des "coopérations" sur les territoires, au lieu de procéder aux restructurations qu'elle même reconnaissait courageusement comme nécessaires depuis plusieurs années, qu'elle "sauvera" l'hôpital. Pourtant, cela veut aussi dire que les cliniques qui travaillent bien sur un territoire où l'hôpital travaille peu ont du souci à se faire. Le GCS "aspiration" va trouver là un nouvel élan. Dire qu'il fallait laisser du temps est un mensonge : depuis les décrets cancer qui ont créé cette incongruité, on a du temps... Et le texte retenu allongeait encore ce temps disponible pour se mettre aux normes des conditions minimales requises. Quant à l'idée de la "mission d'information", c'est presque une mascarade. Cela a déjà été fait, souvent et parfois très bien (G. Vallancien, H. Guidicelli, CNC⁵, CAS⁶, MEAH⁷, ANAP⁸, Cour des Comptes, initiatives de la FHF, de certains ARH⁹ clairvoyants...). Croire que cette mission convaincra c'est un peu se mettre dans la position du bon docteur de famille qui rassure le patient devenu impotent ou aveugle : "bien sûr que vous pouvez encore conduire quelque temps, vous êtes encore bien..." et qui compte sur la sagesse de la famille pour expliquer à l'aïeul ou à l'infirme qu'il faut arrêter. Les rôles sont inversés.

Quelles que soient les critiques que l'on pouvait apporter à ces textes, et nous en avons exprimé, ce report est une mauvaise action. C'est un drame pour le système de santé français. C'est triste pour tout le monde.

Mais il n'y a pas que des mauvaises nouvelles cette semaine. Il y a aussi au moins une bonne nouvelle : Bernard Accoyer, a choisi **Claire Bazy-Malaurie** pour remplacer au Conseil constitutionnel Jean-Louis Pezant. Belle fin de carrière pour un grand serviteur de l'Etat comme la France sait encore en promouvoir. On se souvient de son passage à la DHOS en 1995. Malgré les dénigrements entendus à son arrivée (DATAR¹⁰, Moscou, mais qu'est-ce que cette énarque venait donc faire dans la santé ?...) son passage à la DHOS¹¹ laisse le souvenir d'une période bénie où un grand sens du service public s'imposait à la traditionnelle confusion service public - fonction publique, où la DHOS et la CNAM¹² de Gérard Rameix soutenaient de nombreux dossiers communs et fondateurs, au lieu de se faire la guerre. Claire Bazy-Malaurie se savait investie de la responsabilité du système hospitalier et non du seul hôpital public. En ces temps où la tentation de caractériser certains Français refait surface, elle ne caractérisait pas les Etablissements de santé. Seule comptait leur contribution au service des citoyens. Les dossiers avançaient. Sa nomination fait donc plaisir. Elle est aussi de bon augure pour l'exercice de ses prochaines et grandes responsabilités.

¹ Loi hôpital patient santé territoire (loi "Bachelot" - 2008)

² Groupement de coopération sanitaire (1996)

³ Fédération hospitalière de France

⁴ Agence régionale de santé

⁵ Conseil national de la chirurgie

⁶ Commission des affaires sociales

⁷ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

⁸ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

⁹ Agence régionale de l'hospitalisation

¹⁰ Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement)

¹¹ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé

¹² Caisse nationale d'assurance maladie

**Refus d'autorisations,
vitalité retrouvée
et
création d'emplois
dans les hôpitaux**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/35

Date de parution : lundi 30 août 2010

Sujet : **Autorisations**

Mots types : Mission d'accompagnement ; Médecine - Chirurgie ; Guidicelli ; Vallancien ; Restructuration ; Check-list ; INCa ; Critères ; Autoévaluation ; Visite de conformité ; Inspection ; Pandémie grippale ; NDM1

Année 2010 - p. 57/99

C'est la rentrée. Le mois d'août a été calme. Cela ne veut pas dire qu'il ne s'est rien passé.

L'été s'était ouvert sur le lamentable et désolant abandon en rase campagne du nouveau dispositif d'autorisation des activités de chirurgie et de médecine. Il se termine ce jeudi 26 août sur « *l'installation de la mission d'accompagnement de la réorganisation de l'offre de soins dans le cadre des décrets médecine-chirurgie* ». Qui peut y croire ?

La composition de l'équipe concernée est habile. Les personnes ne sont pas en cause.

Constatons simplement qu'on fait du neuf avec du vieux. Il faut "expliquer" nous dit-on. Mais qui n'a pas compris ? Depuis plusieurs années, que faisait courageusement la FHF¹ ? Que faisait Guidicelli ? Que faisait Vallancien ?... La liste est longue. Le vrai but est de gagner du temps.

On ne voit pas très bien non plus quel va être le rôle exact de cette mission d'accompagnement, coïncée qu'elle est entre le bon sens (il faut savoir arrêter ce qui ne fonctionne déjà plus), le projet de texte sur les autorisations, l'ARS² qui décide, les élus qui cherchent à se faire valoir, les syndicats qui feront pression, le Ministère qui ne veut pas de bruit...

Par contre chacun aura noté le calendrier : tout cela est finalement remis au prochain ministre s'il y a, comme annoncé, un remaniement et à la période électorale, qui pousse toujours aux décisions courageuses.

Ceinture et bretelles, la Ministre a fait savoir qu'elle était « *prête à envisager un ajustement des textes prévus* ». En langage administratif cela veut dire qu'on va élargir les passe-droits déjà nombreux et/ou qu'on va renforcer les mesures de biais de concurrence.

Sommes-nous concernés ? Peu si le critère est le nombre d'établissements. Les restructurations se sont faites dans le privé et les fermetures n'émeuvent pas nos politiques. Mais en termes de fonctionnement de système, oui. Constatons la faiblesse de l'Etat sur ce dossier pourtant fondamental. Constatons sa confusion : il est plus entreprenant sur les injonctions relatives à la manière de gérer nos établissements que sur la définition et le contrôle des règles du jeu qui sont pourtant de sa responsabilité. Constatons la mainmise de fait de la FHF sur le pouvoir.

Constatons l'apparition d'une enveloppe de 45 millions d'euros et donc une justification nouvelle pour les chasseurs de primes et, comme de tradition, la prime aux plus "mauvais" d'entre nous. Constatons que la Ministre met en avant les cessations d'activité qui, dans les hôpitaux débouchent sur une « *vitalité retrouvée des établissements qui ont réussi leur réorganisation et en ont fait une opportunité pour se redynamiser, pour créer des emplois* ». Quel dommage que ça n'ait pas été comme ça dans l'industrie ou pour les cliniques qui ont fermé ! Constatons que les consignes sont toujours les mêmes : restructurer, à l'hôpital public, c'est « *répartir mieux les rôles des établissements de santé au sein d'un territoire, organiser la gradation des soins* ». Tiens ! C'est bien cet été aussi qu'est paru le nouveau texte concernant les GCS³ "aspiration" ?

Jeudi, les Fédérations étaient conviées pour une séance de travail lors de la mise en place de la mission d'accompagnement. A part la FHF, elles n'ont pas montré beaucoup d'empressement à y répondre. Elles devraient pourtant surveiller la marmite...

L'administration a fait procéder durant le mois d'août à une **enquête « relative à la démarche de mise en conformité des établissements de santé autorisés à exercer l'activité de soins de traitement du cancer : enquête à partir de l'outil « liste de vérification (check-list) » mis en ligne sur le site internet de l'INCa »**. En plein mois d'août ! Curieux sens des responsabilités concernant les priorités des établissements durant les congés d'été ! Mais passons. Les établissements qui ont répondu auront su le dire à leurs ARS.

L'UNHPC, depuis l'ouverture du chantier de mise au point du nouveau dispositif d'autorisation, il y a 5 ans, a toujours demandé avec insistance que chaque critère d'autorisation décidé fasse immédiatement l'objet d'une traduction en termes d'indicateur(s) de preuve, support de la visite de conformité. Nos critiques sur le fait que les décisions d'autorisation soient maintenant dépendantes de critères "qualitatifs" sont connues. Le fait que ces critères qualitatifs soient devenus réglementaires renforce encore la nécessité d'élaboration d'une check-list support

de la visite de conformité qui soit objective (oui/non ; existe/n'existe pas...), nationale, publique et d'application obligatoire. C'est la seule solution pour échapper à des visites de conformité subjectives et de niveaux d'exigence variables entre équipes d'inspection, régions, taille ou statut d'établissements. Cela nous a toujours été promis et n'a pourtant jamais été fait.

La check-list de l'INCa était conçue comme un outil d'aide à l'autoévaluation interne et de support à l'animation au sein des établissements. Au mois d'avril 2010, lorsque nous l'avons approuvée avec les réserves ci-dessus, on nous a encore écrit « *pour la grille de conformité de l'autorisation et les éléments d'analyse de la conformité aux critères, c'est un sujet dont nous souhaiterions avec la DGOS⁴ débattre avec vous d'ici l'été* ». Rien n'a été fait.

Dans ce contexte l'enquête diligentée par la DGOS est de bien mauvais augure. Il y a fort à craindre que cette "check-list" tienne finalement lieu de support de vérification officiel alors que, pour les critères qualitatifs, elle n'est pas du tout adaptée. Le sens "qualitatif" des mots peut varier d'un établissement à l'autre et même d'un service à l'autre. Des critères d'évaluation de la qualité du fonctionnement ne peuvent être confondus avec des critères de vérification des préalables requis à une décision d'autorisation d'exercice. Le permis de conduire ne dit rien de la qualité de la conduite future, il la conditionne...

La définition rapide d'un document de référence pour le déroulement des futures visites de conformité reste une urgente nécessité. Il y va de l'objectivité des futures décisions d'autorisation, de leur homogénéité au travers du territoire, de leur crédibilité et de leur respectabilité.

Durant ce mois d'août de nombreux autres événements

significatifs ont eu lieu. Citons-en quelques-uns :

- La déclaration par les instances habilitées de la **fin de la pandémie grippale**. Le temps des bilans est donc venu. Le Sénat s'y est mis. Il y en aura d'autres. Les questions soulevées par la gestion de cette pandémie valent examen sérieux et dépassionné tant elles sont importantes : critères d'évaluation du risque, efficacité des politiques publiques, conditions d'une communication efficace, maîtrise des questions logistiques, gestion des conflits d'intérêts, rapports entre les Etats et les laboratoires, rapports entre acteurs publics et privés et bien d'autres encore.

Il y va de notre capacité collective à affronter le prochain risque.

- Justement en termes de risques, il y en a au moins deux qui nous concernent directement. Bien sûr il n'est pas question d'évoquer ici les risques à la mode concernant les pauvres Roms, les riches footballeurs ou la vieille dame Bettencourt !

Par contre l'évocation des risques relatifs à la rechute de l'**activité économique** d'une part, ceux liés à l'apparition de nouveaux **mécanismes émergents de résistance aux antibiotiques avec NDM1** (New Delhi metallo bêta lactamase de type 1) est pleinement justifiée dans cette chronique d'été.

Nous devons les affronter.

- On aura aussi noté la conversion de la FHF à la **chirurgie ambulatoire**, les résultats décevants concernant le cancer du **sein**, un nouveau bon **classement** pour la France, la codification de l'**éducation thérapeutique**, la relance du dossier sur les **actes inutiles**...

Bref, bonne rentrée !

¹ Fédération hospitalière de France

² Agence régionale de santé

³ Groupement de coopération sanitaire

⁴ Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé - 15 mars 2010)

**Aurons-nous,
dans les mois qui viennent,
la maturité collective
nécessaire à la construction
d'un guichet unique
de déclaration des événements
indésirables garantissant
l'anonymat aux déclarants ?**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/36

Date de parution : lundi 6 septembre 2010

Sujet : **Déclaration des événements indésirables**

Mots types : FIQCS ; Soutien financier aux projets de coopération ; Journal of patient safety ; Jeff Howard ; Protection des déclarants ; AMA - American medical association ; Patient safety ; James Bagian ; AFSSAPS et l'ASN

Année 2010 - p. 59/99

C'est la rentrée et la machine à publier des textes est bien repartie. Signalons en particulier les nouvelles règles concernant le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS¹) et le lancement de la seconde phase de soutien financier des **projets de coopération** entre établissements de santé (circulaire N°DHOS/E1/F2/O3/2009/292 du 21/9/2009). Les ARS² doivent diffuser les appels à projet durant le mois de septembre. Il s'agit du financement par le FMESPP³ de projets de coopération (communauté hospitalière de territoire ou GCS titulaires d'autorisations). Ce sont surtout les hôpitaux publics qui sont concernés. On se perd un peu dans tous ces appels à projets et autres motifs de financements hors activité, mais il faut les suivre et faire son travail de chasseur de prime avec autant de diligence que les hôpitaux publics.

C'est la rentrée. Elle est propice à la réflexion sur les projets. Cette semaine nous sommes interrogés par les résultats d'une étude publiée par le **Journal of patient safety**⁴. Les auteurs (Jeff Howard et al) s'étonnent du peu d'articles trouvés dans les revues médicales américaines, en particulier dans les revues cliniques, concernant la protection des déclarants d'événements indésirables. Comme on le sait, depuis 2005 aux Etats-Unis, le Patient Safety and Quality Improvement Act (PSQIA) protège les déclarants de toute conséquence légale. Les auteurs se demandent si les professionnels sont bien informés de leurs droits ou si ce peu d'intérêt des revues "cliniques" ne souligne pas un manque de formation des médecins sur leurs droits. Nous n'avons pas connaissance d'une telle étude en Angleterre. Depuis les remarquables expériences des enquêtes nationales confidentielles, les NCEPOD (National confidential enquiry into patient outcome and death), les professionnels anglais sont protégés, eux aussi. Ils furent d'ailleurs les premiers. Les parlementaires anglais, après en avoir délibéré, avaient en effet jugé que l'intérêt supérieur du pays était de mieux connaître les causes de ces décès ou des événements indésirables graves que de punir les éventuels coupables. Comme le rappelle le Journal of patient safety, les parlementaires américains ont pris la même décision à la suite de la publication du fameux rapport "To err is human". Ce rapport et les ex-

perts de l'IOM (Institute of medicine of the national academies) les ont convaincus de passer d'une logique médico-légale répressive, centrée sur la recherche de la culpabilité des professionnels, à une logique systémique de recherche de la sécurité du patient, centrée sur la constitution de bases de données d'événements indésirables et l'analyse des causes organisationnelles. Il fallait pour cela organiser concrètement la protection légale des professionnels déclarants, afin de les inciter à déclarer dans le cadre des procédures mises en place. La rapidité avec laquelle ce revirement juridique a été opéré a quelque chose de sidérant pour nous français. Le débat est pourtant particulièrement difficile. De quel droit protéger ainsi une profession ? Pourquoi pas d'autres ? Mais le pragmatisme anglo-saxon et la souplesse de leur droit font ici merveille. Notre tradition de droit écrit, de droit romain, est beaucoup plus rigide. Ajoutons à cela la passion française pour tout ce qui est répressif et nous devons nous mettre en face du fait qu'aujourd'hui de telles protections sont impensables en France.

En ces temps de rentrée, les Anglo-Saxons nous poussent donc à remettre ce dossier au-dessus du panier. Parmi les articles que nous avons diffusés cet été sur ce sujet, deux autres méritent d'être cités ici à nouveau tant ils sont remarquables. Nous voulons parler de :

- la brochure de l'AMA (American medical association) intitulée "*The physician's guide to patient safety organizations*"⁵ qui rappelle que "*sous la protection de la loi (PSQIA) les médecins ont un rôle important à jouer pour réduire les événements indésirables à condition de comprendre et de maîtriser les systèmes d'évaluation de la sécurité (patient safety evaluation systems - PSES) et les organisations spécifiques à la sécurité des patients (patient safety organizations - PSOs)*". Cette brochure rappelle, entre autres, le champ de la protection légale. Pour une fois risquons-nous sur une citation anglaise (cf. encadré), les mots sont précis et montrent l'importance du chemin parcouru.
- l'interview de James Bagian, ancien astronaute de la NASA, responsable de la gestion des risques dans les 153 hôpitaux du groupe "Veteran Administration", interviewé par K. Schulz, auteur d'"*Etre dans l'erreur*" dans le cadre d'une série d'interviews de professionnels



de tous secteurs sur leur expérience de l'erreur⁶. Il insiste sur les barrages culturels qui font que l'industrie à risque a de l'avance sur nos établissements de santé. *"Dans l'industrie nous sommes dans une perspective systémique. Nous ne sommes pas très intéressés par ce que font les individus. Nous voulons savoir ce qui les a amenés à un événement indésirable et quels changements il faut opérer pour réduire la probabilité que cela se reproduise."* *"Dans nos établissements nous voulons savoir qui a fait l'erreur et nous nous sentons mieux lorsque nous l'avons trouvé."* *"Fais plus attention"* - *"Sois plus diligent"* - *"Fais une double vérification"* - *"Lis donc la littérature médicale"*: ce genre d'outil ne marche pourtant pas vraiment..."

Chez nous ? Il y a du progrès. A force de le réclamer, l'AFSSAPS⁷ et l'ASN⁸ se seront mis d'accord pour créer un site d'aide à la rédaction des déclarations de vigilance en radiothérapie. Cela a permis de mesurer la complexité des multiples obligations légales en radiothérapie. Utile,

oui, mais ce n'est pas le "guichet unique". Surtout, le sujet de la nécessaire protection des déclarants reste entier, alors qu'elle est la condition préalable à l'indispensable développement de ces systèmes de gestion du risque.

Décidément, il n'y a pas d'autre solution que celle que nous préconisons depuis plusieurs années et que, sur le champ de la radiothérapie, la SFRO⁹ avait décidé de mettre en place il y a deux ans, mais sans pouvoir - vouloir - tenir ses engagements : un guichet unique géré par les professionnels eux-mêmes. **Un guichet unique où les professionnels se garantissent mutuellement l'anonymat.** Un guichet unique qui passe convention avec les agences et administrations habilitées pour leur communiquer les informations qui leur sont nécessaires, anonymisées.

La question se repose en ces temps de rentrée : aurons-nous, dans les mois qui viennent, la maturité collective nécessaire à cette indispensable et urgente initiative ?

¹ Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

² Agence régionale de santé

³ Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (2002)

⁴ Jeff Howard, JD, MS, Fred Levy, MD, JD, Darren P. Mareiniss, MD, JD, Michelle Patch, RN, MSN, Catherine K. Craven, MLS, MA, P Melissa McCarthy, ScD, Zachary Drew Epstein-Peterson, Victoria Wong, and Peter Pronovost, MD, PhD § - *New Legal Protections for Reporting Patient Errors Under the Patient Safety and Quality Improvement Act: A Review of the Medical Literature and Analysis* - J Patient Saf • Volume 6, Number 3, September 2010
www.journalpatientsafety.com

⁵ <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/370/patient-safety-organizations.pdf>

⁶ Risky Business: James Bagian - NASA astronaut turned patient safety expert - on Being Wrong Posted Monday, June 28, 2010 5:01 PM | By Kathryn Schulz <http://www.slate.com/blogs/blogs/thewrongstuff/archive/2010/06/28/risky-business-james-bagian-nasa-astronaut-turned-patient-safety-expert-on-being-wrong.aspx>

⁷ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

⁸ Autorité de sûreté nucléaire

⁹ Société française de radiothérapie oncologique

La rentrée
est aussi l'heure des
bilans

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/37

Date de parution : lundi 13 septembre 2010

Sujet : **Bonnes nouvelles et bilans de rentrée**

Mots types : Stages dans le privé ; Internes ; Prix des cigarettes ; Tabac ; Laboratoires en France ; Analyse des rapports de certification ; Baqimehp ; Rapport d'activités ; Cliniques ; FHP ; ANAP ; Cour des Comptes

Année 2010 - p. 61/99

L'importante question des retraites bien sûr, mais aussi plusieurs bonnes nouvelles marquent cette semaine de rentrée.

- Ingrid Bastide, Présidente de l'ANEMF (Association nationale des étudiants en médecine de France) interviewée par le Quotidien du médecin, tout en demandant une compensation financière, se dit favorable à l'ouverture de **stages dans le privé** "ce qui permettra de désengorger certains stages hospitaliers". Petit à petit les esprits bougent.
- Cette semaine l'ARS Ile-de-France laisse filer des informations sur le fait qu'il faudrait réduire le **nombre de blocs opératoires ouverts la nuit**. Il y a très longtemps que ce scandale coûteux mais rémunérateur pour certains est connu. Périodiquement les statistiques du nombre d'opérés la nuit sont diffusées. Dominique Coudreau, lorsqu'il était DARH¹, s'était questionné publiquement. En mars dernier, la Cour des Comptes d'Ile-de-France, avait observé qu'à l'AP-HP les équipes de nuit comptaient souvent des effectifs plus nombreux que certaines équipes de l'après-midi. La bonne surprise c'est que Claude Evin confirme courageusement qu'il y a un vrai sujet. Le chantier n'est pas clos, il semble au contraire qu'on essaye de l'ouvrir, c'est déjà bien.
- Le **prix des cigarettes** va augmenter de 6 %. Une hausse des taxes sera inscrite dans le PLFSS a-t-on appris cette semaine. L'Etat a donc décidé d'allier l'utile à l'agréable : rien n'est plus efficace dans la lutte contre le tabagisme qu'une hausse des prix et, en ces temps de rigueur nécessaire, voilà quelques recettes de poche qui seront bien utiles elles aussi.
- Selon une enquête diligentée par le LEEM², **la France attire toujours les laboratoires étrangers**, elle reste un marché globalement attractif et sécurisant. Ses points forts sont la qualité de sa capacité de production, sa recherche académique, l'environnement fiscal. Sa vulnérabilité, c'est le climat social. Que cette bonne nouvelle soit pour nous un encouragement pour continuer nos efforts afin de trouver les conditions environnementales, structurelles, organisationnelles et de financement pour développer nos inclusions dans les essais cliniques. Nous le savons, la France peut et de-

vrait mieux faire, et singulièrement son secteur privé... Au-delà du critère de qualité de la prise en charge des malades, c'est certainement aussi une des conditions de pérennité de l'attractivité de notre pays pour les laboratoires.

D'habitude les bilans se dressent en fin de période. Cette semaine **plusieurs bilans concernant notre secteur** font parler d'eux. Du beau travail.

Les cliniques, l'administration de la santé les supporte le plus souvent comme un mal nécessaire. Si elles sont en difficulté, c'est de leur faute. Il n'y a pas de réflexion stratégique "système" les incluant. Il y a encore moins de réflexion stratégique sur les conditions de pérennité et de développement de leur contribution au service public. Même les représentants du privé prennent souvent le ton qu'il faut, soit qu'ils veulent parler la langue qu'il convient, soit qu'ils oublient leur histoire et le fait que l'implication de l'Etat sur la santé est beaucoup plus récente que celle du privé. Génération après génération beaucoup commencent leurs discours sur la place que tient "maintenant" le secteur privé, sur le fait que, "maintenant", les cliniques font de la vraie chirurgie, de la vraie médecine, de la vraie psychiatrie... Il y a quelques années (discours du 28/10/2004) nous avons vécu comme une victoire le fait que le Président Chirac glisse dans un discours qu'il s'était rendu compte qu'on soignait aussi très bien le cancer dans les "petits établissements" et affirmait : "nous avons refusé de réserver le traitement du cancer à quelques grands établissements spécialisés."

Il est donc particulièrement utile de pouvoir disposer d'ouvrages de référence décrivant la réalité de l'activité des cliniques et hôpitaux privés, décrivant leur contribution au service public au sein du système de santé.

- Comme il le fait régulièrement depuis les premières "accréditations" de l'ANAES³, le **BAQIMEHP**⁴ vient de publier une "**Analyse de 2 178 rapports de certification V2**" dans sa série de "Fiches techniques" (n° 32). Beaucoup plus que d'une "fiche technique", il s'agit d'un véritable rapport d'étape fondé sur une analyse exhaustive des rapports de certification disponibles à fin mai 2010, tous secteurs confondus. Il est heureux que le BAQIMEHP poursuive cette tradition malgré la somme de travail que cela représente. Le



BAQIMEHP fait ici encore œuvre utile.

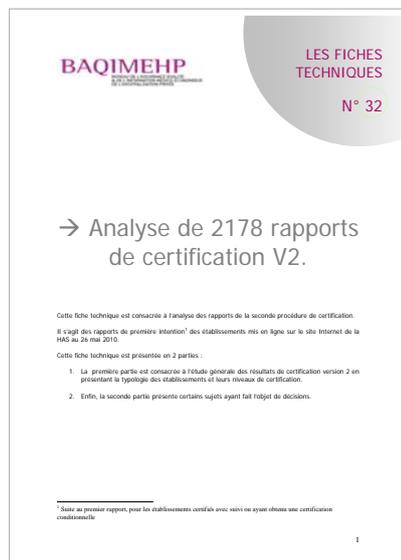
Le rapport comprend deux parties. La première est consacrée à l'étude générale des résultats de certification version 2 en présentant la typologie d'établissements et leur niveau de certification. L'analyse multiplie les points de vue et il est intéressant de voir évoluer les forces et les faiblesses selon les angles d'analyse privilégiés. La seconde partie décortique les résultats selon 16 thèmes retenus comme particulièrement significatifs. L'échantillon étudié représente 80 % des établissements publics, 70 % des cliniques et la quasi-totalité des PSPH⁵ (devenus ESPIC⁶). C'est la deuxième bonne nouvelle sur le sujet : les cliniques conservent la bonne avance qu'elles ont depuis l'origine de la procédure et malgré les changements de méthodes qu'elle a connue. Le secteur privé est le secteur qui a le plus d'établissements certifiés sans suivi. Globalement le privé est le secteur où la qualité mesurée au travers de la certification est la meilleure. On peut donc dire : bravo le privé ! Quant à l'étude thématique, elle relève, tous secteurs confondus, que les progrès attendus le sont surtout sur le circuit du médicament, encore une fois sur le dossier du patient, mais que la gestion des événements indésirables et la gestion des risques restent eux aussi en bonne place dans les progrès qui restent à faire.

- Sur l'initiative de Philippe Burnel, la **FHP**⁷ publie son premier "rapport d'activité" sous le titre "*Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé*". Ce gros travail a été entrepris avec l'aide du Groupe Montaigne. La FHP se place sous une double exigence de responsabilité - "*fonder son action sur la prise en compte des chiffres et des réalités*" - et de

transparence - "*rendre accessible ces mêmes chiffres et réalités*" -.

Cela donne 150 pages remplies de tableaux et de chiffres, ordonnées selon 6 chapitres (contexte, activité, situation économique, ressources humaines, qualité, zoom sur les villes universitaires). La FHP prévoit une publication par an et informe déjà des améliorations à venir. Les idées ne manquent pas. En attendant, voilà du beau travail. Bravo !

- Nouveau aussi, nous aurons bientôt tous accès à la base de données de l'**ANAP**⁸. L'UHP, en son temps, avait commencé à constituer une base de données exhaustive sur les établissements de santé privés. Les informations sur le public étaient encore très rares. La fusion de nos syndicats n'a pas permis à ce chantier de perdurer. La CNAM⁹ avait repris un temps le flambeau, adoptant la méthodologie UHP. Le suivi n'a hélas pas été assuré. L'ANAP a repris le chantier à la base et sans discrimination de statut. "**Hospi Diag**", c'est donc nouveau, nécessaire et important. Nous y reviendrons, mais d'ores et déjà, nous pouvons dire bravo et merci à l'ANAP d'avoir su réentreprendre ce beau et grand chantier.
- N'oublions pas non plus le dernier rapport de la **Cour des Comptes**. Philippe Séguin avait fait de la Cour qu'il présidait un acteur incontournable de l'évaluation du système de santé et voulait développer son rôle. Didier Migaud, le nouveau Président semble poursuivre dans cette voie. On ne peut là aussi que s'en réjouir et s'en féliciter.



¹ Directeur d'agence régionale de l'hospitalisation
² Les entreprises du médicament (ancien SNIP)
³ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
⁴ Bureau d'assurance qualité et de l'information médicale et économique de l'hospitalisation privée
⁵ Etablissement de santé privé participant au service public hospitalier
⁶ Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (2009)
⁷ Fédération hospitalière privée
⁸ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
⁹ Caisse nationale d'assurance maladie

Les représentants des patients demandent des formations. Ils ne s'inquiètent pas des dépassements, ce qui n'est pas le cas des consommateurs.

L'échelle commune de référence redevient d'actualité.

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/38

Date de parution : lundi 20 septembre 2010

Sujet : **Le Congrès des usagers de la FHP-MCO**

Mots types : Patients ; CRUQPC ; CISS ; Dépassements d'honoraires ; Secteur 2 ; Michel Chassang ; CSMF ; Formation ; ENCC ; Echelle ; Coût ; Prix ; Tarif ; Soins de support ; AFSOS ; PLFSS ; EMI ; Didier Tabuteau

Année 2010 - p. 63/99

Ce mardi, la FHP-MCO¹ tenait un "Congrès des usagers". Ce fut un gros succès. Beaucoup de participants dont un tiers d'usagers, un tiers de représentants d'associations de patients et un tiers de représentants de cliniques. Un plateau d'intervenants de très haut niveau. Une enquête donnant des indications objectives sur le fonctionnement des CRUQPC². De bons débats. La FHP-MCO veut donc faire de ce congrès des usagers une rencontre annuelle. C'est une bonne idée. L'UNHPC porte ce souci de développement des relations avec les associations de patients depuis dix ans et on connaît l'implication de nombre de ses adhérents au plan local ainsi que les responsabilités prises par ses deux derniers Présidents, Philippe Bergerot et Bernard Couderc à la Ligue contre le cancer, Philippe Bergerot au CISS³. Elle ne peut donc que se réjouir de cette orientation.

Outre ce succès, on retire au moins deux enseignements de cette journée.

- La matinée était consacrée à un sujet déterminant, mais difficile dans le contexte électoral actuel : les **dépassements d'honoraires**. Il faut donc noter ici le grand courage de Michel Chassang qui n'a pas hésité à introduire son intervention en rappelant que les syndicats médicaux étaient contre à l'origine et s'étaient même pris des coups de matraques sur le pont Alexandre III en défilant pour exprimer leur opposition. Il avait déjà évoqué en public le pont Alexandre III, mais le faire en période électorale c'était inattendu. Il faudra bien sortir des impasses de ce système fou et pervers que nous imposent l'Etat et la Sécurité Sociale. Il y a urgence. Ce qui frappait aussi lors de ces débats, c'est la pusillanimité des "patients" sur ce sujet des dépassements. Comme en cancérologie, ils sont gênés, il y en a toujours un pour dire que ce n'est pas un sujet, leurs représentants officiels critiquent le niveau mais pas le principe. En fait la critique de ce dont ils souffrent leur est difficile car, sans doute, inconsciemment, ils ne veulent pas qu'elle s'applique à la personne qui les soigne et en laquelle ils ont et ont besoin d'avoir confiance. Ils sont en fait trop affectivement impliqués pour prendre du recul critique. Ce colloque a donc confirmé ce que nous savons en cancérologie : la vraie critique du principe pervers des dépassements vient

des consommateurs. Elle est alors souvent agressive mais elle cible juste : le principe et non uniquement le niveau, sans échapper au vrai débat de la juste rémunération. Cela a des implications concrètes : sans relâcher nos efforts pour développer liens et articulation avec les associations de patients, il faut développer nos relations avec les organisations de consommateurs. Sur ce sujet elles sont nos alliées.

- L'autre enseignement c'est la **demande de formation** exprimée par les patients comme par leurs représentants. Cette demande s'exprime de deux façons. Il y a une demande de formation au système sanitaire, au fonctionnement des établissements afin de pouvoir exercer leurs droits et leurs responsabilités au sein des instances officielles. Mais il y a aussi une demande qui vise à suppléer les carences du système éducatif sur la simple connaissance de son corps. Le succès d'une expérience allemande de "cours du soir" ouverts au public sur des thèmes précis sur les grandes fonctions et les grands organes a donné des idées à beaucoup. Nos Établissements devraient prendre des initiatives : c'est plus simple à organiser que nos staffs de généralistes. Il y a une demande. Il est utile d'y répondre.

Le Conseil d'Administration de la FHP-MCO a voté un retour conditionnel dans le **dispositif de l'étude nationale de coût**. Il avait auparavant entendu le cabinet KPMG faire un bilan d'étape de sa mission d'audit et de proposition méthodologique, puis M. Félix Faucon de la DGOS⁴ et M. Housseyni Holla responsable de l'ATIH⁵ rappeler les méthodes qui permettent de passer de l'ON-DAM⁶ à nos tarifs. Nous avons tous du mal à passer de la logique d'approche par les coûts qui voudrait que l'Etat fixe les tarifs en fonction des coûts constatés à une logique d'approche par les prix comme cela se pratique dans tous les autres ministères techniques. L'ambiguïté vient autant de notre culture commune que du rôle de l'Etat qui chez nous se veut gestionnaire du système. Il n'empêche, sa pratique est maintenant beaucoup plus proche de la logique prix. Mais il faut de la visibilité aux gestionnaires d'établissement qui ne peuvent développer un projet que s'ils savent où veut aller l'Etat dans la traduction tarifaire



de ses choix et priorités. Il y a de nombreuses années, les Fédérations, la CNAM⁷, et la DHOS⁸ avaient décidé l'élaboration d'une "échelle commune de référence". Cette échelle était "commune" car elle s'adressait au public comme au privé. Cette échelle était "de référence" car elle n'était pas "tarifante" : elle se contentait de donner les écarts entre les barreaux des tarifs et leur évolution sur plusieurs années. L'Etat gardait sa liberté d'ajustement en pourcentage des tarifs en fonction de la conjoncture et de l'ONDAM, mais il le faisait en respectant les écarts de prix décidés entre les différents GHS, avec le même écart entre eux, publics ou privés. Ainsi les gestionnaires pouvaient faire leur travail. Selon que la productivité exigée était à leur portée ou non ils pouvaient faire leurs choix stratégiques avec une claire visibilité sur les orientations de l'Etat. Mercredi dernier, à la sortie de cet important Conseil d'Administration, il apparaissait à beaucoup que ce chantier devait être rouvert.

L'Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS) créée en 2008 à l'initiative de l'AESCO⁹, du groupe soins de support de la FNCLCC¹⁰ et du GRASSPHO¹¹ a tenu cette semaine à Paris son deuxième congrès annuel. De nombreux chantiers y ont été confirmés et de nombreux projets y ont été évoqués, en particulier par Ivan Krakowski qui préside l'association. Ce Congrès était présidé par le Pr Pierre Bey et portait prioritairement sur l'oncologie thoracique et sénologique. Groupes de travail spécifiques (GTS), élaboration de référentiels et de recommandations médicales, ouverture à de nombreux métiers, projet de journées de mise en commun des référentiels de soins de support les

2 et 3 décembre prochains à la Cité universitaire à Paris, souci de traduction de l'action commune dans les organisations, les évaluations et les financements... On ne peut que se féliciter du dynamisme de l'AFSOS et, une fois encore, encourager tous les volontaires à participer à ses travaux.

Le débat d'automne sur le PLFSS¹² est lancé. Le dossier qu'ont fait paraître Les Echos a animé la semaine. La conjoncture rend l'art difficile. Aucune des mesures envisagées ne fait plaisir. Beaucoup sans doute ne sont pas encore publiques. C'est ainsi que notre grande crainte pour cette année concerne les EMI¹³ des molécules qui vont disparaître de la "liste en sus". Beaucoup de hauts fonctionnaires de la DGOS pensent encore qu'il s'agit d'un cadeau dont nous avons beaucoup profité et, oubliant le passé de leur administration, oubliant par là même que ces EMI étaient pour elle une manière habile de faire payer par d'autres la mise à niveau du circuit du médicament anticancéreux et l'élévation des normes imposée par cette même administration. Au-delà, à la lecture de la liste à la Prévert dévoilée par Les Echos, on ne pouvait pas ne pas songer à cette affirmation récente de Didier Tabuteau dans son dernier et excellent petit opuscule (Dis, c'était quoi la Sécu ?) « *L'avenir du système de santé ne peut relever de décisions prises en catimini, d'adaptation des conditions de remboursement sous la pression de déficits, d'une succession de mesures techniques qui peuvent, au bout du chemin, faire basculer l'assurance-maladie* ».

¹ Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)
² Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
³ Comité interassociatif des usagers du système de santé
⁴ Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé)
⁵ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
⁶ Objectif national de dépenses d'assurance maladie
⁷ Caisse nationale d'assurance maladie
⁸ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Ministère de la santé - devenue DGOS en mars 2010)
⁹ Association européenne pour les soins de confort en oncologie
¹⁰ Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
¹¹ Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins de support pour les patients en hématologie et oncologie
¹² Projet de loi de financement de la sécurité sociale
¹³ Ecart moyen indemnisable

**L'efficience
des hôpitaux
ne doit pas
être entravée
par les réformes !**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/39

Date de parution : lundi 27 septembre 2010

Sujet : **Les palmarès, les conflits d'intérêts**

Mots types : SFAR ; Check-lists ; L'Express ; Martin Hirsch ; Bouclier sanitaire ; HCSP ; Décision santé ; Didier Tabuteau

Année 2010 - p. 65/99

Le Congrès national de la SFAR¹ a eu lieu cette semaine. C'est toujours un moment important pour nos établissements et pour nos équipes de bloc opératoire. Comme chaque année les exposés sur la sécurité, la qualité, l'organisation, l'évaluation, le champ des responsabilités... ont été nombreux. Ces travaux sont très largement disponibles (même sur iTunes où l'application SFAR concurrençait la mise à jour de notre MediSigles² dans les bons classements d'App Store !...) et la presse spécialisée s'en fait heureusement l'écho.

Arrêtons-nous seulement sur une dépêche APM³ intitulée "La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" mal comprise et mal utilisée, selon une enquête" qui fait froid dans le dos. Heureusement elle ne concerne qu'un seul CHU⁴... Il n'empêche, les résultats exposés sont tellement mauvais qu'ils interrogent. Comment un CHU peut-il en être à ce niveau d'incurie ? Comment peut-il s'avouer à lui-même un tel niveau de risque assumé ? Comment nos divers systèmes d'autorisation, de contrôle, de certification peuvent-ils passer à côté d'un tel désastre ?

Le débat concernant la check-list HAS⁵ demeure : s'agit-il d'une régression par rapport au niveau d'exigence des très bons textes de l'arrêté dit "anesthésie" de 1995 ou d'un petit outil indispensable compte tenu du très faible niveau organisationnel de nos blocs opératoires ? La situation lamentable qui a été exposée à la SFAR prêche pour la seconde option. Rappelons-nous que les décrets de 1995 étaient sortis à la suite de grèves dans les CHU... qui n'avaient pas tous de salle de réveil ! Ils ne feront pas grève pour l'usage de la check-list. Alors, où en est-on réellement aujourd'hui concernant l'usage des check-lists obligatoires depuis 1995 ? Un vrai bilan de la situation devient absolument nécessaire.

Les palmarès fleurissent. Cette semaine nous avons le Point et l'Express. Arrêtons-nous sur l'Express⁶ pour regretter qu'un grand hebdomadaire comme celui-ci se prête à une confusion entre publi-reportage et enquête scientifique. Côté publi-reportage nous n'oublions pas que nous avons été sollicités pour participer financière-

ment à une étude menée par l'Express et on avait su nous vanter la décision de contribution de ceux qui sont le plus abondamment cités... Côté enquête sérieuse on nous propose un encart intitulé "la méthodologie de l'Express", après nous avoir vanté des résultats "inédits parce que les données recueillies pas SwissLife n'ont jamais encore été rendues publiques" et "exhaustifs, parce que les critères retenus par notre partenaire sont d'une grande précision".

Inédits ? Non, car, bien que cela ne soit pas dit, l'enquête se base sur les données PMSI. On peut d'ailleurs regretter que l'encart méthodologique ne donne pas les sources !

Exhaustifs ? Non car, dans ce cas, pourquoi y a-t-il absence systématique de la radiothérapie libérale qui prend en charge plus d'un patient sur deux en France. A ce niveau on est dans la tromperie.

Les biais méthodologiques nous semblent très nombreux. Certains malades sont sans doute comptés deux fois. Pas de recul critique, par exemple sur le soutien aux investissements en radiothérapie par l'INCa ou sur son "souhait" de multiplier les inclusions dans les essais cliniques par exemple. Certains de nos établissements sont gratifiés de prises en charge qu'ils ne font pas, concernant les tumeurs cérébrales par exemple. Biais dans les deux sens donc. Enfin le partenaire de l'Express est en plein conflit d'intérêt puisqu'il oriente les patients dans son activité d'assureur.

Les interviews de certains des nôtres dans les éditions régionales n'y changent rien. Ce numéro de l'Express est globalement mauvais et, de plus, sectaire vis-à-vis de notre secteur. C'est, pour le moins, regrettable et critiquable !

L'Express⁷ - le même - déclenche ou nourrit la polémique sur un livre à paraître dans les prochains jours signé de Martin Hirsch. Ce livre a pour titre "Pour en finir avec les conflits d'intérêts". Des personnes y sont apparemment citées. Les polémiques personnelles remplissent aussitôt la presse ravie. Il est toujours désagréable de se voir infliger un tel débat alors que personne n'a encore lu le livre incriminé. Sans doute est-il malhabile de citer des noms. En même temps, comment faire un livre d'analyse



et de propositions sans se fonder sur quelques cas concrets ?

L'éditeur, Stock, dans sa présentation du livre qu'il publie, prolonge ainsi le titre : "*Peut-on en finir avec l'ère du soupçon ? Existe-t-il des conflits d'intérêts patents au cœur de notre démocratie qui pourraient éclater au grand jour et provoquer une déflagration politique et qu'il serait bon de déminer en urgence ? En une centaine de pages, Martin Hirsch revient sur l'histoire récente des conflits d'intérêts, sur la zone grise du conflit d'intérêts, de la prise illégale d'intérêt et du trafic d'influence. Il plaide pour des règles nouvelles et complètes de prévention des conflits d'intérêts.*" Présenté comme ça, on ne peut qu'approuver. Nous plaçons souvent dans le même sens et diffusons souvent des exemples de régulations mis en place dans les pays étrangers. Il y a des progrès à faire en France. Notre secteur reste un des premiers vulnérables. L'Etat, tout à la fois gestionnaire et régulateur, avec les mêmes services et les mêmes personnes, y est en plein conflit d'intérêt. L'Etat y pousse au cœur même de nos métiers puisqu'il promeut et cautionne la transformation du colloque singulier en terrain de négociation commerciale avec son système de dépassements d'honoraires. La question se pose chez nous en dehors même de l'Etat. Le sujet des prothèses est-il vraiment et partout un sujet dépassé ?

Bref, nul ne sait encore ce que vaut le livre de Martin Hirsch, mais tout le monde sait qu'il aborde un vrai sujet.

Martin Hirsch - le même - a souvent émis des réserves sur les franchises de soins. En juin 2007, il avait fait plusieurs propositions à ses collègues chargés de l'assurance-maladie. Il proposait en particulier une "*franchise d'ordre public*" (non prise en charge du premier jour d'arrêt maladie), une "*taxe nutritionnelle*" sur quelques aliments ciblés (sodas, chips, barres chocolatées...). Sur-tout, il suggérait de créer "**un bouclier sanitaire**" selon

lequel les sommes restant à charge d'un assuré ne pourraient dépasser 3 % à 5 % de son revenu brut.

La semaine dernière il planchait devant la Commission "maladies chroniques" du Haut conseil de la santé publique. Cette dernière, dans son rapport sur les ALD⁸ paru avant l'été, et pour tenir compte de l'opposition de la DREES⁹, avait été très prudente sur le bouclier sanitaire. La commission avait pourtant eu du mal à comprendre les raisons de fond de l'opposition de la DREES. A écouter Martin Hirsch, la question semblait au contraire relever du bon sens pour au moins quatre raisons : mettre fin aux disparités croissantes du taux de couverture ; réduire certains illogismes des taux de remboursements ; échapper aux multiples effets de seuils (CMU¹⁰, CMUC¹¹...) ; réduire le reste à charge. Il aurait pu ajouter l'incontestable effet simplificateur et économe de cette approche de la régulation. Cette réforme est pour lui de simple logique et elle est applicable immédiatement sans avoir besoin de passer par la case expérimentation, même si les délais de mise en place sont forcément longs compte tenu des modifications de gestion à apporter à nos systèmes.

La simplicité de Martin Hirsch, son "parler vrai" et son sens pratique au service d'une vision claire de l'intérêt général ont fait l'effet d'un baume sur la Commission.

Dans Décision Santé¹², Didier Tabuteau affirme : "***L'efficience des hôpitaux ne doit pas être entravée par les réformes !***". L'interview est intéressante, mais exclusivement centrée sur l'hôpital public et sa défense. Le privé semble ne pas exister chez Didier Tabuteau, sauf lorsqu'il observe, en Allemagne, "*un retrait des établissements publics au profit du privé...*". Dommage ! Mais, l'affirmation du titre de Décision Santé vaut question et l'exigence demeure. Il est bon de l'entendre rappeler.

¹ Société française d'anesthésie et de réanimation

² MediSigles : Application UNHPC pour iPad, iPhone, iPod - Dictionnaire international des sigles médicaux - Téléchargeable gratuitement iTunes

³ APM, dépêche CDNIN005 23/09/2010 18:46 ACTU SNC

⁴ Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire

⁵ Haute autorité de santé

⁶ L'Express n° 3090, publié le 22/09/2010, p. 38 - *Vaincre le cancer - Le palmarès des meilleurs hôpitaux et cliniques par pathologie* - Couverture et p. 84, plus encart régional

⁷ L'Express n° 3090, publié le 22/09/2010, p. 38 - *Conflits d'intérêts : Hirsch monte au front* - Propos recueillis par Marie Hurret et Corinne Lhaïc

⁸ Affection de longue durée

⁹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère de la santé

¹⁰ Couverture maladie universelle (1999)

¹¹ Couverture maladie universelle complémentaire

¹² Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé de Sciences Po et du centre d'analyse des politiques publiques de santé de l'EHESP - Propos recueillis par Cédric Morin - Décision Santé N° 267, Août Septembre 2010, p. 15

« Il ne suffit pas que la préoccupation soit forte pour que le sujet devienne un thème de controverse que l'élection puisse être amenée à trancher.

Il faut aussi qu'un clivage fort apparaisse entre la gauche et la droite, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui »

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/40

Date de parution : lundi 4 octobre 2010

Sujet : **Congrès des réseaux - PLFSS 2011**

Mots types : Vichy - E. Hirsh - C. Bohec - ACORESCA - AS-TEC - P. Bey - J. Dauplat - I. Van Praagh - B. Teinturier - Y. Bur - MIGAC - ONDAM - Esprit - I. Illich

Année 2010 - p. 67/99

En ces temps de rentrée les réunions sont nombreuses. Entre autres, la SFCP¹ la semaine dernière, la SFRO² la semaine prochaine. Cette semaine il y avait les 13^e **Rencontres d'Oncologie des Baux-de-Provence** et le premier **Congrès des réseaux** à Vichy. En fait ce rendez-vous annuel des réseaux de cancérologie est le 6^e, de sombres raisons juridiques ayant conduit à changer le nom des "Assises nationales" en "Congrès". Près de 400 personnes alors même qu'une région, celle des Pays de Loire, manquait à l'appel, ce n'est pas mal. De nombreuses interventions et plus de 70 posters. Les Tutelles brillaient par leur absence. Les réseaux ne sont décidément plus à la mode. Beaucoup d'échanges en particulier grâce à la formule des ateliers qui a été conservée. Discussions sur les contrats d'objectifs qui ne sont plus de moyens. Inquiétudes donc sur les moyens. Quelques interventions fortes (Emmanuel Hirsch : "je ne suis pas un héros, je suis juste une personne malade..."). Nous signalerons ici celle du Dr Catherine Bohec du réseau Oncobretagne sur le projet ASTEC (Automatic Selection of clinical Trials based on Eligibility Criteria)³. Son objectif est d'automatiser, afin de la rendre systématique, la recherche d'essais cliniques de cancérologie auxquels les patients sont éligibles et ainsi d'aider les RCP dans les options thérapeutiques qui s'offrent pour chaque patient. Ce projet avance et si, avec humour, C. Bohec en a décrit les avancées et les difficultés, il s'agit là d'une tentative importante pour nous tous. Un outil de ce type serait une aide précieuse pour nous aider à progresser sur un terrain où nous en avons bien besoin. Intéressant aussi le projet de formalisation d'une organisation rassemblant les Présidents et leurs coordonnateurs. Ce serait un excellent complément à l'ACORESCA⁴ qui, ces deux journées le montrent, fait du bon travail.

Et puis, en soirée, beaucoup l'ont pensé : il y avait quelque chose de surréaliste, après l'été marqué comme on le sait par la question des Roms européens, à participer à un dîner de gala dans le Palais des Congrès de Vichy au son d'un (excellent) orchestre Tsigane mené par un musicien qui vous racontait hilare qu'il aimait bien les oncologues car il avait "fait sa dernière chimio la semaine dernière" ! Surréaliste, mais, par les temps qui courent, revigorant !

Grand merci donc à Pierre Bey qui présidait ce congrès, à Jacques Dauplat, à Isabelle Van Praagh et à leur équipe d'Oncauvergne pour son organisation parfaite. Un congrès utile sur le fond, nourrissant sur bien des sujets et qui se refera l'an prochain à peu près aux mêmes dates à Rouen.

Très lourd le déficit prévisionnel de la Sécurité Sociale : 21,4 milliards d'euros, soit autant que l'an dernier. Des chiffres à donner le vertige. Pourtant ce déficit aurait été de 28,6 milliards sans les mesures d'économie prévues. Les informations issues de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale et du projet de PLFSS⁵ ont nourri les réflexions et commentaires de la semaine. Rien de bien nouveau en fait. Des économies saupoudrées sur tout le monde qui ennuient tout le monde et qui justifient les "postures" de chacun des lobbies. Ce terme à la mode de "posture" est bien significatif du retrait du champ des responsabilités. Chacun attend l'orage, mais n'anticipe ni ne propose. Au fil de l'eau le système se modifie pourtant. Moins d'assurance, plus de complémentaires de santé, au risque d'inégalités croissantes et un système qui dérembourse le "petit risque" pour préserver les affections de longue durée. C'est une option, mais c'est surtout l'absence de débat et de clarté qui interroge. Où sont par exemple les vieux débats sur le "panier de soins" ?

On nous dit que l'assurance-maladie sera le grand chantier des prochaines Présidentielles. Acceptons-en l'augure, même si, comme le souligne Brice Teinturier⁶, directeur général délégué d'Ipsos France, "il ne suffit pas que la préoccupation soit forte pour que le sujet devienne un thème de controverse que l'élection puisse être amenée à trancher. Il faut aussi qu'un clivage fort apparaisse entre la gauche et la droite, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui". Notre secteur fournit une part importante du sujet de fond : la gestion de la dette. Mais, pour rester sur le PLFSS de l'année, la remarque d'Yves Bur⁷, l'un des rapporteurs, est pour le moins surprenante : il estime en effet que ce PLFSS est "presque un constat d'impuissance". Relevons quelques petits faits qui sont proprement stupéfiants : on aurait échappé à une modification



du ticket modérateur en grande partie parce que la modification des logiciels de l'assurance-maladie était trop complexe ! On connaissait déjà l'argument, mais le servir au pays, il faut quand même oser ! L'obligation faite aux hôpitaux de "facturer" devait être appliquée en 2005. Elle a déjà été reportée à fin 2008, puis au 1^{er} juillet 2011, le PLFSS reporte maintenant au 1^{er} janvier 2013 le début de la phase de généralisation, malgré "l'expérimentation" (là aussi il faut oser...) ! Surtout ne le dites à personne : on ne vous croirait pas et c'est vous qui passeriez pour un farfrelu qui dit n'importe quoi ! Par contre la limitation des MIGAC⁸ est un signe positif même si l'évidence d'être payé pour ce que l'on fait et non pour ce que l'on est reste un combat. Le renforcement des pouvoirs du Comité d'alerte nous confirme qu'un jour il faudra traiter les alertes. Reste que d'un point de vue concret, nos tarifs demeurent dépendants d'un arbitrage prix-volume qui se fera dans le silence des bureaux, après le vote de l'ONDAM. Restent aussi quelques épées de Damoclès : le financement des conséquences du passage au régime LMD⁹ (on nous dira bien sûr qu'il est prévu dans l'ONDAM¹⁰...), en cancérologie un nouveau mauvais coup sur la sortie de molécules importantes de la liste en sus sur le motif malhonnête du "*ne vous plaignez pas, vous vous êtes bien gavés...*") ; en chirurgie la tentation récurrente de la chirurgie de cabinet (les "*maisons de naissances qui ne sont pas des établissements de santé*" et qui sont prévues dans ce PLFSS ne vont-elles pas dans le même sens ?). Il faudra de plus en plus gérer l'irresponsabilité de l'Etat alors même qu'elle est générée par de gigantesques problèmes pour lesquels nous ne proposons guère de solutions... responsables.

Ce PLFSS le confirme : la situation de beaucoup de nos établissements est et sera difficile. C'est vrai aussi pour beaucoup de nos équipes. Difficile parce que le cadre général est de plus en plus contraint et les perspectives économiques et sociétales sont inquiétantes. Plus que jamais, il est temps de prendre le temps de "penser". Toutes ces réunions y aident. Penser "micro" bien sûr, pour assurer la pérennité et si possible développement de nos entreprises. Mais penser "macro" aussi, pour comprendre et anticiper. Justement, ces temps de crise où nous allons « *de bulle en krachs* » sont propices à la renaissance des revues qui « donnent à penser ». C'est le cas de la revue « **Esprit** »¹¹ dont nous signalons ici les numéros spéciaux « médecine » qui sont souvent de grande qualité et qui a fait paraître une série de numéros remarquables sur la crise, l'État, "*les impensés de l'économie*"... Le numéro de ce mois-ci est en grande partie consacré à un des penseurs les plus créatifs, à une des intelligences les plus lumineuses du siècle dernier : **Ivan Illich**. La médecine et le professionnalisme font partie des thèmes qui l'ont rendu célèbre. Sa pensée est souvent si nouvelle qu'elle provoque. Qu'on la suive ou qu'on ne la suive pas, il oblige à « penser » ce qui n'est pas si courant et ne nuit jamais, il oblige à se situer dans une histoire, ce qui nous manque souvent, il nous « invite à reprendre la responsabilité de notre avenir » comme le dit l'introduction du dossier. Ce numéro de septembre de la revue Esprit est donc à recommander.

¹ SFCP : Société française de cancérologie privée

² SFRO : Société française de radiothérapie oncologique

³ ASTEC : Automatic selection of clinical trials based on eligibility criteria (système sémantiquement interopérable de sélection semi-automatique des patients éligibles aux essais thérapeutiques en cancérologie)

⁴ ACORESCA : Association des coordonnateurs de réseaux de cancérologie - Tous les supports d'intervention seront sur le site : <http://www.acoresca.org/>

⁵ PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

⁶ Cité par Laetitia Clavreul dans "Le gouvernement reporte la réforme de l'assurance-maladie" - Le Monde du 29 septembre 2010

⁷ Idem

⁸ MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

⁹ LMD : Licence master doctorat

¹⁰ ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

¹¹ <http://www.esprit.presse.fr/>

« *La conjoncture ne laisse guère de repos* »

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/41

Date de parution : lundi 11 octobre 2010

Sujet : **Claude Lefort - Multiplication des réunions - SFRO**

Mots types : Qualité - IRSN - ASN - AFSSAPS - Radiothérapie - Guichet unique - Sécurité - SFRO - S. Thellier

Année 2010 - p. 69/99

Le philosophe **Claude Lefort**, est décédé cette semaine. Le Monde conclut sa nécrologie¹ ainsi : "« *La conjoncture ne laisse guère de repos* », écrivait *Claude Lefort* dans *L'Invention démocratique* (Fayard, 1981). Rien ne peut mieux correspondre à cet infatigable penseur de l'événement qui vécut sur la brèche du temps présent." Le sociologue Alain Touraine² à qui il est arrivé d'avoir de vifs débats avec Claude Lefort conclut son hommage par ces mots "Personne n'a pensé plus clair et marché plus droit. Claude Lefort restera pour beaucoup et pour moi-même la figure du Juste." Peut-on prononcer plus bel hommage ?

Claude Lefort a peu écrit sur la santé. Mais il n'y pas de système de santé, au sens où nous l'entendons, sans démocratie. Les phénomènes de pouvoir et de régulation bureaucratique sont prégnants dans le système de santé. Démocratie, pouvoirs, bureaucratie sont au cœur des inlassables travaux de Claude Lefort. Il fallait donc, modestement, signaler nous aussi sa disparition.

Sans rabaisser son propos, la phrase "*la conjoncture ne laisse guère de repos*" est une constante de toute vie professionnelle.

Un des aspects, moins important que tout ce qui fait la vie de nos établissements, mais qui remplit une partie de l'activité de nos organisations représentatives et de l'UNHPC en particulier, c'est le nombre de réunions. Cette semaine, une fois de plus, les réunions nationales étaient nombreuses, trop nombreuses sans doute.

Citons en quelques-unes parmi d'autres, pour illustrer.

- Lancement de la campagne **Octobre rose** si importante pour le développement de la pratique du dépistage du cancer du sein.
- Douzième colloque **Europa Donna** sur le thème "*Jeunes ou âgées face au cancer du sein - Egalités d'accès ? - Pour une prise en charge optimale à chaque âge*".
- Jeudi dernier 7 octobre était typique : il y avait au moins quatre réunions le même jour à la même heure concernant nos activités cancer.
 - Réunion à la **MIVILUDES**³ sur "*Les dérives sectai-*

res et le cancer" dans le but d'élaborer des documents de prévention destinés aux patients.

- Colloque **INCa** sur les "*Inégalités face au cancer : chercher et intervenir - Enjeux méthodologiques et organisationnels de la recherche interventionnelle en santé publique*".
- Première "*Rencontre des médecins généralistes face au cancer*" organisée par la **Ligue** contre le Cancer avec cette accroche : « *Améliorer la coordination des soins et le lien avec le secteur médico-social autour du médecin traitant et le plus tôt possible dans le parcours des soins : c'est l'une des huit recommandations du Plan Cancer 2009-2013. Le rôle de pivot du médecin traitant a même été confirmé par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires* ».
- Pendant ce temps se tenait aussi l'important congrès de la **SFRO**⁴...

Cette multiplication amène à se poser au moins trois questions :

- Chacune de ces réunions est intéressante, mais nous faut-il vraiment autant de réunions pour progresser ? Ne pourrait-on parfois regrouper ? Pensons aussi au coût faramineux qu'elles représentent.
- Nos organisations professionnelles privées et libérales, l'UNHPC en particulier, ne sont pas structurées pour tenir le rythme et cela est parfois angoissant. Dans la conjoncture actuelle, pour nos Tutelles, la seule question qui vaille c'est "*comment remplir l'hôpital*". Le secteur privé est systématiquement oublié dans les raisonnements sur l'avenir du système de santé. Les absents à ces réunions ont donc toujours tort, comme le dit l'adage. Mais, contrairement à nos concurrents, notre équipement en nombre de permanents n'est pas à la hauteur, si on peut parler ainsi... Le fait de prendre en charge un patient sur deux ne suffit pas pour "exister" dans ces colloques où les jeux de pouvoir sont très souvent dominants...
- Les médecins libéraux sont très peu présents. On connaît la raison. Elle est structurelle. Les Tutelles l'oublie souvent. Un libéral qui participe à ces réunions



ne gagne pas sa vie. Pire, cela lui coûte souvent le prix du remplaçant. Cela lui coûte aussi les frais de déplacement car le plus souvent ils ne lui sont pas remboursés. De plus, notre culture est ainsi faite que s'il est en "masse commune", pour limiter les conflits internes, il faut que celui qui se dévoue pour prendre des responsabilités au plan national comme régional travaille plutôt plus que ses confrères puisque, bien sûr, *"s'il le fait c'est parce que ça lui fait plaisir"...*

Arrêtons-nous un moment sur le **congrès de la SFRO**.

La qualité scientifique était au rendez-vous. Une petite cérémonie sympathique nous a permis d'honorer quelques anciens. Citons Pierre Bey dont l'hommage était bien mérité. Le bilan de l'AFCOR⁵ est remarquable et nous pouvons en féliciter Fabrice Denis et son équipe. L'accord-cadre ASN-SFRO va dans le bon sens.

Mais, osons le dire, ce congrès a été du point de vue de nos organisations et de nos capacités organisationnelles plutôt décevant. Le Président Lipinski a fait le bilan du dossier Etablissements et T2A⁶. Tout est au point mort. Ceux qui sont en charge du dossier ont disparu, à une exception près. Les nouveaux n'ont pas conscience que la radiothérapie libérale est passée complètement à côté des mesures de soutien pourtant fort nombreuses des différents Plans Cancer et des Feuilles de route successives. L'épisode de l'Express est significatif : les Tutelles, pour de sombres raisons de basse politique, préfèrent ne pas savoir qui fait quoi et où en matière de radiothérapie plutôt que de prendre le "risque" (?) de nous soumettre à déclaration de PMSI⁷.

La session "qualité" de la SFRO était intéressante. Les leaders, dans les couloirs, sont bien conscients des problèmes et des enjeux, de la nécessité d'être plus actifs sur ce terrain. En séance, rien. Le représentant d'Air

France Consulting propose une action annuelle. Il est approuvé, mais rien ne suit. Il y a deux ans la création d'un guichet unique SFRO avait été solennellement actée. Rien n'a été fait. L'ASN⁸ et l'AFSSAPS reprennent le terme pour nommer un site Internet facilitateur des déclarations qui leur sont destinées. Utile au demeurant, mais tellement loin encore de ce qu'il faut faire pour développer sérieusement un vrai système de gestion du risque par déclaration d'événements indésirables et protection des déclarants...

Bref, nous, les libéraux, trop souvent absents, et les PU-PH, trop souvent absorbés par leurs querelles de pouvoir et leur chasse à la subvention, collectivement, nous ne sommes pas à la hauteur des exigences du moment.

La conjoncture n'est pas très brillante et ne devrait donc pas nous laisser en repos...

Pour ne pas finir sur cette note un peu pessimiste, signalons l'intervention de Madame Sylvie Thellier au sujet de l'auto saisine de l'IRSN⁹ sur une bonne question : tous ces Plans Cancer, toutes ces Feuilles de route, finalement, à quoi cela a-t-il servi concrètement, en quoi cela a-t-il changé les pratiques et comment ? Bonnes questions. Saine initiative. Le rapport n'est pas sorti, mais l'exposé en donnait les grandes lignes. On a tout de suite senti des réactions très "affectives" et assez négatives de l'INCa et de l'ASN. On sentait qu'il y avait des questions de défense des prés carrés. Il n'empêche, les questions posées par l'IRSN sont de bonnes questions. On ne sait pas encore trop ce qui ressortira de ce rapport qui sera intitulé *"Les professionnels de la radiothérapie face à l'obligation d'améliorer la sécurité des traitements"*, mais il faut féliciter l'IRSN pour son initiative.

¹ Le Monde du 7-10-2010, p. 25

² Le Monde du 9-10-2010, p. 18

³ Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires

⁴ Société française de radiothérapie oncologique

⁵ Association pour la formation continue des oncologues radiothérapeutes

⁶ Tarification à l'activité

⁷ Programme de médicalisation des systèmes d'information

⁸ Autorité de sûreté nucléaire

⁹ Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

La HAS ne veut
"pas de chirurgie
de la cataracte en ville
sauf à développer
des centres
autonomes
de chirurgie"

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/42

Date de parution : lundi 18 octobre 2010

Sujet : **Chirurgie ambulatoire et HAS**

Mots types : Métiers ; RRC d'Ile de France ; DCC ; DMP ; ASIP ; INCa ; Cataracte ; Ophtalmologie ; HAS ; ANAP ; AFCA ; IAAS ; Anesthésie ; Centres autonomes ; DGOS

Année 2010 - p. 71/99

Il est des semaines comme ça où on a l'impression que l'avenir se construit. Cette semaine pourrait en être une. C'est l'impression que nous avons eue et que nous souhaitons partager avec nos lecteurs.

- Le "**Groupe métiers**" du Comité national de suivi de la **radiothérapie** s'est réuni à l'INCa. Les dossiers avancent. Les objectifs de recrutement des DQPRM¹ sont tenus. L'ouverture des stages au privé n'est plus contestée, il n'y a plus qu'à s'y mettre. Le dossier des dosimétristes est ouvert et les arbitrages préalables à sa prise en compte ont été faits.
- Le **Réseau régional de cancérologie d'Ile de France** proposait ses "Transiliennes". 400 personnes inscrites sur Paris ; 400 personnes sur Vichy il y a quinze jours ; multiplication des "journées" régionales réussies : les réseaux de cancérologie sont bien vivants. Le thème des inégalités fait l'objet de travaux de fond. On est maintenant et définitivement sur le vrai sujet de l'inégalité et non sur l'idéologie anti-privé ou anti-"petits établissements" comme on disait pudiquement il y a encore peu.
- Une réunion de présentation aux Fédérations du **cadre national DCC/DMP²⁻³** a eu lieu. Comme il est dit dans le langage codé de nos administrations : "*pour poursuivre la mise en œuvre de l'action, le déploiement et l'accompagnement du DCC, l'INCa⁴ et l'ASIP⁵ Santé ont défini conjointement une nouvelle cible dans laquelle le DCC devient un service du DMP respectant le cadre national d'interopérabilité publié par l'ASIP Santé*". On comprend néanmoins qu'on va dans le bon sens. Les objectifs sont concrets et utiles, le pragmatisme l'emporte : RCP, diffusion des référentiels, accès aux essais cliniques, suivi épidémiologique. Sur ce dernier point il faudra être rassuré sur la question des données anapath. On craint toujours le spectre "Plan Calcul", mais on évolue dans le bon sens. Précisions et appels à projet vont suivre rapidement.

Nous voudrions surtout mettre en exergue le dernier rapport du Service évaluation des actes professionnels de la HAS⁶ intitulé "**Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte : environnement technique**". Ça dé-

marrait très mal. Après les tentatives de la Sécurité sociale d'ouvrir la chirurgie aux cabinets pour pallier ce qu'elle considérait comme un constat, l'incapacité de réforme de l'hôpital et les blocages de la DHOS⁷, c'était au tour de la DSS⁸ de solliciter la HAS pour "*évaluer les modalités de réalisation de la chirurgie de la cataracte*". En effet "*il deviendrait possible de réaliser cette chirurgie en cabinet de ville, ce que souhaitent certains ophtalmologistes*". C'est un peu fort d'entendre cette dernière affirmation alors qu'on connaît surtout ceux qui, en véritables entrepreneurs, ont créé des centres qui devraient depuis longtemps être reconnus comme des établissements de santé, qualification qu'on leur refuse depuis près de 20 ans et à qui on a fait des misères telles que beaucoup ont abandonné malgré l'excellence de leurs prestations ! Hommage leur soit rendu.

Eh bien non, malgré ces craintes (dégrader le système de soins plutôt que le réformer) le rapport de la HAS sort, sort vite, son contenu est ferme et de bon sens, il correspond en tout cas à la position commune de toutes les sociétés savantes concernées, en particulier l'AFCA⁹ et l'IAAS¹⁰. Rappelons entre autres la position des trois premiers Présidents de l'IAAS, exprimée dans un éditorial commun d'*Ambulatory Surgery* en 2000, il y a donc dix ans, alors qu'on pressentait les dégâts de la chirurgie de cabinet dans les pays anglo-saxons "*Pour minimiser les risques, un cabinet médical [qui pratique des actes de chirurgie] doit disposer d'un niveau d'équipement et de personnel équivalent à celui dont dispose une unité de chirurgie ambulatoire. Alors, de fait, il devient un centre de chirurgie ambulatoire indépendant.*"

La HAS affirme ce vendredi : "*Pas de chirurgie de la cataracte en ville sauf à développer des centres autonomes de chirurgie*"¹¹. "*La chirurgie de la cataracte est une véritable activité chirurgicale. A ce titre et selon la réglementation en vigueur, elle appartient aux activités soumises à autorisation et correspond aux missions exercées par les établissements de santé*". Quant à la question de la présence d'un anesthésiste, c'est en fait la seule vraie question depuis 15 ans que la "topique" est largement utilisée. La HAS conclut : "*la présence d'un médecin anesthésiste réanimateur sur site contribuerait à garantir la sécurité des patients.*"¹² "*Cette organisation nécessiterait*



de reconnaître une activité de recours anesthésique et de la rémunérer".

Tout est dit, bien dit, et conforme aux recommandations internationales.

Rappelons une fois encore que cette chirurgie de cabinet est un faux problème mais un vrai risque. Faux problème car elle est née dans des contextes très différents du contexte français.

Elle est née en particulier dans les contextes anglo-saxons où il n'y a pas d'autorisation préalable. Elle y a montré tous ses dangers. Tous les pays concernés essayent depuis de l'encadrer, en particulier avec leurs procédures d'accréditation.

A l'autre extrémité il y a l'expérience allemande, tout aussi navrante. L'administration y a longtemps interdit la chirurgie ambulatoire à l'hôpital, mais, à condition de parfaitement maîtriser le risque, les médecins libéraux pouvaient la pratiquer. Leurs honoraires prennent en charge une partie de la structure et ils peuvent facturer en sus ce qu'ils appellent le "budget", c'est-à-dire un forfait attribué par quota d'opérations. Il suffit de visiter un de ces centres pour constater leur très haut niveau "d'environnement", même si leur très grande productivité impressionne le visiteur français.

La seule question vraie est donc celle de l'environnement requis. En France, c'est celui de "l'établissement de santé". Cela n'empêche pas de prêcher pour un allègement des contraintes bureaucratiques mais il ne faut pas confondre les deux sujets.

Quant à la question de l'anesthésie elle est recevable si on la réduit à celle de la présence d'un anesthésiste en salle lors d'une anesthésie topique. Mais elle ne saurait s'y réduire et il y a dans les expériences internationales de quoi puiser si l'on manque d'imagination pour créer, enfin, cette "activité de recours anesthésique et la rému-

nérer"...

Alors, quoi de nouveau ? C'est la HAS qui parle, avec le poids et la légitimité qui est la sienne, dans un contexte qui évolue favorablement. Le retard de la France apparaît à tous comme préjudiciable. Le secteur public se réveille. L'ANAP¹³ souligne depuis un an avec constance et courage que nous avons beaucoup trop de lits en France et sans doute, globalement assez de places. A part la DGOS tout le monde s'accorde maintenant pour souhaiter un système de rémunération cohérent et incitatif : c'est le tarif identique "hospit" et "ambu". Cet incitatif a marché dans tous les pays qui l'ont mis en œuvre. Il a un double avantage : il laisse la décision aux médecins et il laisse une part des gains de productivité à ses auteurs.

La France a rapproché quelques prix, mais sans vision stratégique, sans politique de communication, sans affichage clair et simple des tarifs.

Il n'y a plus que la DGOS¹⁴ pour freiner sous prétexte que la planification et les CPOM¹⁵ vont tout résoudre. Il faudra bien, pourtant, solder les comptes des grands planificateurs et d'"hôpital 2007" pour, enfin, préparer l'hôpital chirurgical de demain, centré sur la chirurgie ambulatoire, l'exploration et les consultations, avec parfois un département de chirurgie très lourde doté d'une capacité de réanimation et bien sûr un secteur d'urgence distinct.

Les choses mûrissent.

Heureusement, sinon la tentation de la chirurgie de cabinet resurgira, malgré les dégâts qu'elle générera. La dernière tentative est stoppée grâce à la HAS. 20 ans que ce dossier dure. Il est temps de se mettre sérieusement à la chirurgie ambulatoire, la vraie. La HAS nous y aide.

¹ DQPRM : Diplôme de qualification en physique radiologique et médicale

² DCC : Dossier communiquant de cancérologie (mesure 34 du Plan Cancer 2003-2007)

³ DMP : Dossier médical personnel

⁴ INCa : Institut national du cancer

⁵ ASIP : Agence des systèmes d'information de santé partagés

⁶ HAS : Haute autorité de santé

⁷ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Ministère de la santé (remplacée par la DGOS par le décret du 15 mars 2010)

⁸ Direction de la sécurité sociale - Ministère de la santé

⁹ AFCA : Association française de chirurgie ambulatoire

¹⁰ IAAS : International association for ambulatory surgery

¹¹ Pour la HAS, "la chirurgie de la cataracte doit s'effectuer au sein d'un bloc opératoire, qui est actuellement le seul environnement technique garantissant un niveau d'asepsie adapté à cette chirurgie". Elle rappelle que "la jurisprudence administrative s'appuie de façon constante sur cette définition fonctionnelle [celle de l'art. L6111-1 du CSP qui définit les établissements de santé] pour considérer que lorsqu'une structure de soins présente une activité relevant des missions des établissements, elle doit de fait, être considérée comme un établissement de santé". "La chirurgie de la cataracte est une véritable activité chirurgicale. A ce titre et selon la réglementation en vigueur, elle appartient aux activités soumises à autorisation et correspond aux missions exercées par les établissements de santé"

¹² "En effet, quelle que soit la structure [] et quelle que soit l'organisation [], le niveau d'exigence en matière de sécurité et de qualité est le même"

¹³ ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

¹⁴ DGOS : Direction générale de l'offre de soins

¹⁵ CPOM : Contrat pluri-annuel d'objectif et de moyens

**L'Etat a peur.
Nous avons pourtant besoin
d'un Etat impartial
et il faut terminer
le chantier
du nouveau dispositif
d'autorisation**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/43

Date de parution : lundi 25 octobre 2010

Sujet : **Autorisations en cancérologie**

Mots types : Peur ; Etat ; Conseil d'administration de l'INCa ; Centres de radiothérapie ; Rapports au Parlement ; Conformité ; Critères ; Inspection ; Impartialité

Année 2010 - p. 73/99

Les semaines se suivent mais ne se ressemblent pas. La semaine dernière nous signalions plusieurs dossiers qui avançaient. Cette semaine on est frappé par la faiblesse de l'Etat. Il faudrait sans doute employer des mots plus forts, mais ils risqueraient du coup de n'être pas entendus. Nous nous contenterons de nous interroger sur **les peurs de l'Etat**. Il semble en effet que ce soit la peur qui relie bon nombre de sujets de la semaine.

Peur de mettre un seul médecin libéral au **CA de l'INCa** lors de son dernier remaniement. On régresse.

Peur de reconnaître les **centres de radiothérapie** comme établissements de santé. Là aussi, on régresse.

Peur d'avancer au risque de déplaire sur plusieurs sujets à la lecture des **Rapports au Parlement**. Il faut lire ces rapports. Chaque année ils prennent de l'importance par la richesse de l'information qu'ils contiennent. Mais, lorsque l'administration est embarrassée sur des dossiers pourtant clairs, le style devient jargonneux et incompréhensible. Cela vaut aussi information sur les débats internes au Ministère et sur l'information ainsi donnée de surcroît : ces dossiers resteront sans solution encore des années.

Le dossier des autorisations est le plus emblématique. La sortie "confidentielle" des résultats de l'enquête sous forme de check-list concernant les autorisations en cancérologie¹ nous oblige à revenir sur ce dossier.

Rappelons que les nouveaux dispositifs portant autorisation des activités de soins trouvent leur raison d'être dans l'ordonnance dite de "*simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé*" du 4 septembre 2003². En fait de simplification on distingue maintenant (décret du 6 mai 2005³) 18 activités de soins, ce qui est plus qu'avant.

On se souvient que les textes étaient ambigus. Le mot employé, "agrément", était alors nouveau et sans signification juridique bien précise. Ce fut un premier combat. Le cancer ouvrant le banc, la FNCLCC voulait supprimer la notion d'autorisation préalable, puisqu'il "*suffisait de solliciter l'agrément de l'INCa*". Les CHU n'émettaient pas d'opinion autre que celle "*d'obéir à l'orientation que*

prendrait l'Etat". Il a donc fallu que l'UNHPC tente une interprétation juridique justifiant la pérennité d'une obligation préalable d'autorisation en soulignant aussi que c'était une chance pour la France de connaître un tel dispositif et, qu'en conséquence, l'abandonner constituerait une régression regrettable. Une curieuse alliance avec les principaux tenants de la planification traditionnelle a, alors, sauvé le dossier. Au-delà, il se trouve que l'intérêt du privé allait dans le même sens, car "*la loi défend le faible*"...

Par la suite ce chantier a parfois été surréaliste. On se souvient de David Khayat, alors Président de l'INCa, ne cessant de répéter officiellement qu'il ne fallait "*pas avoir peur*", que "*l'autorisation n'était pas une sanction*", que "*tout le monde serait autorisé*". La peur était pourtant grande chez certains : il semblait que tous les hôpitaux seraient soumis à cette procédure nouvelle d'autorisation. Il fallait alors dire qu'en effet elle était "*nouvelle*" car, selon la novlangue "*elle n'avait jamais existé avant*" !

Ensuite, pour se rassurer, on a parlé uniquement de "critères qualité" ce qui ajouta à la confusion tant il était évident qu'en matière d'autorisation, il ne fallait pas confondre critères préalables, minimums, facilement et objectivement mesurables avec des critères d'évaluation continue de la qualité. Le diplôme ne dit pas grand-chose de la qualité de la pratique, il la conditionne ; il en est de même pour le permis de conduire.

Puis vint la question des seuils. Les premières évaluations devaient rester confidentielles, pensez donc, on "découvrait" que le privé était très peu touché. L'idéologie continuait en effet à faire croire le contraire. Mais là, on n'avait plus peur. La Ligue disait partout que ces critères "*garantiraient*" maintenant la qualité. On l'a même fait dire plusieurs fois au Président de la République (les politiques, méfiants, ont tout de même fait passer le "seuil scientifique" de 20 seuils par établissements à 30 !...).

Tout au long de ces longues années de travail, l'UNHPC a attiré l'attention sur l'absolue nécessité, à chaque fois qu'un critère était arrêté, de préciser comment il serait évalué lors de la **visite de conformité**. Heureusement le



Haut Conseil de Santé Publique fait maintenant de la définition de l'instrument de mesure une exigence systématique pour toutes les mesures prises par un Plan de Santé Publique. Au début, nous n'obtenions même pas un peu d'attention : certains "experts" de l'INCa ne connaissaient même pas l'existence d'une visite de conformité. Puis ce fut considéré comme incongru. Enfin, on nous a baladés : oui, bien sûr, demain, bientôt...

Eh bien, nous voilà en bout de course. Un bon petit outil d'autoévaluation est mis au point par l'INCa. Les Fédérations, solidaires, l'approuvent et le diffusent car l'INCa s'est engagé à ce qu'il ne soit rien d'autre et à ce que "d'ici l'été", le chantier de la grille support des visites de conformité soit enfin ouvert. Que nenni ! Cette grille d'autoévaluation est diffusée sous forme d'enquête durant le mois d'août. Elle sert à faire du benchmarking ! Elle n'est bien sûr pas faite pour ça, au moins pour les critères qualitatifs ou "transversaux". Ses résultats sont communiqués de façon "confidentielle" aux Fédérations. Hélas, ils démontrent le bien fondé de nos inquiétudes. La compréhension des exigences diffère d'un établissement à l'autre, les résultats sont parfois tellement surprenants dans un sens ou dans l'autre qu'ils démontrent qu'on ne mesure pas ce qui devrait l'être. Plus, dans la mesure où il s'agit de critères "qualité", les référentiels ont évolué, il faudrait donc s'entendre sur le niveau requis. Bref, les Fédérations unanimes refusent une seconde enquête si le chantier de la grille d'inspection de conformité n'est pas ouvert d'urgence. Et là, stupéfaction, la DGOS ose affirmer qu'elle "*ne peut plus faire du droit*". C'est un scoop, plutôt drôle, mais aussi un faux argument. Au plus simple, si elle en avait la volonté, il y aurait circulaire(s), instruction(s), décision(s) de l'INCa !...

La DGOS⁴ ne veut pas reconnaître que le chantier

n'est pas clos tant que la méthodologie de l'inspection de conformité et ses supports ne sont pas arrêtés. Elle n'a pas conscience que l'Etat s'affaiblit, s'il ne sait pas terminer ce chantier, car il décrédibilise ses décisions. Admettrait-on que le diplôme soit donné de façon subjective, que le permis de conduire soit différent selon les Régions, qu'il soit plus facile à obtenir pour conduire les grosses cylindrées que les "petites" voitures ? On voit bien de quoi l'Etat a peur. Il faut du courage pour aller inspecter un "gros" collègue. Mais à quoi sert un outil, aussi bon soit-il, s'il n'est pas terminé ? Que ferait un violon sans corde, un marteau sans manche ? Pire, quand on voit la mise au frigo, huit années après l'ordonnance, des projets de décrets portant autorisation de la chirurgie et de la médecine, on voit bien que la progression du chantier de la cancérologie a tenu du miracle, malgré toutes ses faiblesses, grâce à l'INCa. Son échec sur la dernière étape serait, à coup sûr, un arrêt de mort pour les 17 autres activités de soins soumises elles aussi à autorisation préalable. On systématiserait l'appréciation "subjective" de l'Etat. Certains en rêvent. Il serait grave qu'ils voient leur rêve se réaliser.

Du courage, l'Etat ! Le pays a besoin que l'Etat fasse son travail, correctement. Sortons des passe-droits. Les échéances qui nous attendent rendent chaque jour un peu plus nécessaire un Etat impartial. Et puis même, nous savons tous que les "gros" passeront, mais il est des sujets où la forme dit le fond. Celui-là en est un. Si c'est officiellement la "note de gueule" ou le coup de chance, c'est toute la procédure qui est décrédibilisée. Or l'autorisation préalable est un des principaux piliers du système.

Il nous faut un pilier solide. Vite, finissons de le construire !

N. B. : Il n'est ni dans l'objet ni dans le format de cette chronique de refaire tout l'historique du dossier des autorisations en cancérologie. Notons simplement ici que plusieurs autres aspects confirment cette difficulté qu'a l'Etat à affronter son rôle de régulateur. Citons par exemple cette nouveauté qui consiste à donner un délai pour l'atteinte des critères (18 mois). Soit le critère est trop élevé, ce n'est donc plus un critère "minima", soit il n'a pas de sens du point de vue des conditions préalables, mais que dirait-on dans la société civile si on donnait le droit de conduire à quelqu'un qui ne satisfait pas aux conditions requises pour l'obtention du permis de conduire afin qu'il puisse atteindre le niveau requis... en conduisant ! Une fois de plus la question se pose : autorise-t-on d'abord une activité de soins ou gère-t-on d'abord une question liée à l'emploi et à l'investissement local ?

¹ Grille d'auto-évaluation pour mesurer l'atteinte de tous les critères prévus dans les autorisations de traitement du cancer - INCa, Avril 2010

Instruction N° DGOS/R3/INCa/2010/267 du 13 juillet 2010 relative à la démarche de mise en conformité des établissements de santé autorisés à exercer l'activité de soins de traitement du cancer : enquête à partir de l'outil « liste de vérification (check-list) » mis en ligne sur le site internet de l'INCa. - Validée par le CNP le 9 juillet 2010 - Visa CNP 2010-142

² Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé - Article 8 : Art. L. 6122-1, 2 et 3 du code de la santé publique

³ Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires : Art. R. 6122-25 (R. 712-28) - Activité et équipements soumis à autorisation

⁴ Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé - 15 mars 2010)

L'activité des
autorités administratives
indépendantes
est-elle plus efficace que celle
des administrations
traditionnelles
et des juridictions ?

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/44

Date de parution : lundi 2 novembre 2010

Sujet : **Autorités administratives indépendantes**

Mots types : PLFSS ; Le Plan Cancer, une référence ? ; Europe ; Françoise Grossetête ; Elisabeth Morin Chartier ; Auditions privées ; FHP ; Jean-Pierre Davant ; Mutualité ; AAI ; René Dosière ; Christian Vanneste ; Rapport

Année 2010 - p. 75/99

La discussion sur le **PLFSS** est officiellement ouverte. Chacun fait ce qu'il peut pour défendre ses intérêts et parfois l'intérêt général. Le suivi de l'actualité est particulièrement important durant cette période de discussion parlementaire. Il n'y a pas de PLFSS qui puisse être négligé et même lorsqu'il s'agit d'une année de routine comme le disent certains élus, les "détails" comptent, dans tous les sens du terme.

Deux députées européennes, Mmes Françoise Grossetête et Elisabeth Morin Chartier organisaient cette semaine avec le soutien de la revue "Parliament Magazine" et du "Trombinoscope" une petite réunion sur le thème "*Le Plan Cancer français peut-il être une référence pour l'Europe ?*" Il s'agissait d'une table ronde préparatrice d'une conférence qui sera organisée à Bruxelles en décembre. D'autres tables rondes du même type ont déjà eu lieu dans d'autres capitales européennes.

La question est intéressante mais dangereuse. L'idée d'une France qui "fait référence" risque en effet de conforter l'agacement de beaucoup d'étrangers face à des Français réputés donneurs de leçons. La situation des malades atteints du cancer est pourtant globalement plus enviable en France que partout ailleurs, parfois beaucoup plus. La tentation est donc grande de répondre en maniant la langue de bois dominante, en récitant d'un air convenu les mesures des Plans Cancer successifs. Pourtant la question demeure.

Les Plans Cancer jouent partout un rôle potentiellement important pour organiser la lutte contre le cancer, spécialement en matière de prévention, de dépistage et d'organisation adéquate du système de santé. Le récent rapport *Analysis of National Cancer Control Programmes in Europe* (Imperial College - London¹) le montre bien. Néanmoins pourquoi faut-il toujours, en France, des Plans d'Etat pour obtenir ce que les autres pays obtiennent à peu près dans les mêmes délais, sans Plans de ce type ? Est-on dans la simple tradition française ou le cancer révèle-t-il une spécificité ? Nous pencherons ici pour la première interprétation, même si cela se traduit par d'importants privilèges pour notre secteur. Faire un bilan destiné à des étrangers exige de faire une balance objective entre les vrais succès et les limites, les échecs ou les ef-

fets pervers de notre expérience. Difficile en France où toute analyse objective est taxée de partisane ou d'inutilement critique. Au-delà, quelques questions valent d'être explorées : l'accès aux molécules innovantes et le refus d'une approche médicoéconomique cohabiteront-ils longtemps ? Ce qui se passe sur les EMI ne montre-t-il pas que non ? Citons aussi la spécificité du très grand rôle tenu par le secteur privé intégré au service public, de sa productivité et de son exclusion de fait de toute mesure d'aide spécifique ; la non-articulation de la Sécurité Sociale aux Plans Cancer dès que cela concerne le privé ; les effets pervers découlant des luttes de pouvoir et de captation d'argent public générées par l'existence de ce type de Plans ; les limites dues au choix constant de l'Etat d'asseoir son action sur le diptyque normes/subventions plutôt que sur celui de prix/contrôles...

Sous le nom "*Auditions privées*", la FHP inaugurerait cette semaine une nouvelle série de débats du type "petits-déjeuners" comme cela se fait beaucoup à Paris. C'est une bonne chose. Cela lui permet d'être présente dans les grands débats en plus d'être présente sur le terrain des relations publiques. Le premier invité était un poids lourd, tant du point de vue du poids économique que des réseaux d'influence : **Jean-Pierre Davant**. Il est apparu comme étant dans l'air du temps, exprimant à sa façon le fait que "tout bouge mais rien n'avance", que "nous allons dans le mur, nous le savons, mais nous continuons d'y aller", précisant : "*depuis 18 ans que je préside la Mutualité, je répète presque les mêmes choses*". "*La réforme Juppé n'a pas été menée à bien, c'est une erreur*". On comprend, on partage souvent, mais attention, lorsque les élites se découragent, les peuples trinquent. Ce pessimisme sans perspective interroge.

Pour le reste on était dans le classique. Interrogé par exemple sur les conflits d'intérêts dus au fait d'être à la fois organisme d'assurance complémentaire, orienteur de patient, racheteur de clinique et opérateur ou sur le fait de critiquer le niveau des dépassements tout en étant d'une très grande prudence sur la critique du principe et en faisant de leur prise en charge une arme de concurrence... un grand sourire valait réponse avenante mais certainement insuffisante pour l'auditoire.



L'Assemblée Nationale a fait paraître un **Rapport sur les autorités administratives indépendantes (AAI)**. Ce rapport est signé de MM René Dosière et Christian Vanneste, au nom du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques². La question posée nous concerne directement : "*L'activité des AAI est-elle plus efficace que celle des administrations traditionnelles et des juridictions ?*"

Ce rapport est intéressant mais néanmoins décevant concernant notre secteur. Il n'y consacre vraiment que deux pages sur 220. Ces deux pages notent pourtant que sur les 42 AAI recensées, 21 sont actives sur le champ sanitaire³ ! Sur ces 42, seules 16 emploient plus de 20 agents : ce ne sont pas les nôtres... Sur le champ sanitaire, une seule recommandation demande de clarifier les compétences des AAI et des services des Ministères en définissant clairement le partage des compétences et en intégrant au sein des AAI les services ministériels qui travaillent exclusivement pour elles. C'est peu.

A la lecture du rapport on comprend pourquoi.

Il y a en effet deux "histoires" pour expliquer l'émergence des "agences".

Les parlementaires font référence à l'approche « régulation » et distinguent en conséquence trois fonctions : "*celle de réglementation (qui revient naturellement à l'État), celle d'exploitation (les opérateurs publics et privés sur le marché) et celle de régulation (qui doit être indépendante des parties et donc confiée à un organe spécifique)*".

Notre histoire à nous est très différente, sinon le sujet serait celle du rôle de l'Assurance-maladie et on sait ce qu'il advint de son "indépendance"...

Notre histoire vient aussi du monde anglo-saxon, mais il

s'agissait non de réguler mais de faire face à la gestion des risques sanitaires par les responsables politiques. A la suite des "affaires" qui leur retombaient dessus sans qu'ils y puissent grand-chose, il s'agissait de les protéger.

Il faut donc s'arrêter sur le mot "indépendance". Ce mot, si fondateur en médecine, a plusieurs significations qu'il est important de soigneusement distinguer.

Une institution d'accréditation (au sens commun) doit être « indépendante » des parties pour accréditer la qualité d'un produit.

L'ANAES était une agence « indépendante » au sens où elle créait un espace d'indépendance collective aux professionnels hospitaliers vis-à-vis des Tutelles.

« L'indépendance médicale » vise, elle, à dégager la décision médicale de tout autre point de vue que celui de l'intérêt du patient.

Les sociétés savantes ne sont « indépendantes » que dans la mesure où elles ne se consacrent exclusivement qu'à leur objet.

Tout cela se distingue clairement de « l'indépendance » des agences d'État qui sont là pour dégager la décision politique de la pression des faits, par la création d'un échelon intermédiaire d'expertise.

L'agence d'État est donc ici, en fait, une agence subordonnée dont le but est de donner un peu « d'indépendance » à la décision politique vis-à-vis de la pression de l'opinion, de l'actualité et des médias.

Oubliant nos spécificités, ce rapport reste intéressant, plein d'idées à creuser, mais aussi, hélas, largement à côté de notre sujet. Il serait intéressant que les Parlementaires se penchent maintenant sur nos 21 AAI...

¹ Rifat Atun, Toshio Ogawa, Jose M Martin-Moreno - *Analysis of national Cancer Programmes in Europe* - Imperial College, London Business School - 2009 - Téléchargeable sur : <http://www.uv.es/jomarmo6/Investigacion.html>

² Rapport parlementaire : "*Les autorités administratives indépendantes*" (AAI), rédigé au nom du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques par MM René Dosière et Christian Vanneste - Assemblée Nationale - octobre 2010

³ Sécurité - AFSSAPS ; ANSES (AFSSET et AFSSA) ; ASN ; InVS ; IRSN
Production, régulation - EPRUS ; EFS
Qualité et santé publique - ANAP ; ANESM ; ABM ; HAS ; HCSP ; INCa ; INPES
Systèmes d'information - ATIH ; ASIP
Recherche - ANR ; ANRS ; CNRS ; INSERM
Territoire, régulation : ARS

La vraie question est celle de savoir s'il faut discrètement baisser les ressources allouées aux établissements pour mieux se vanter de créer des subventions nouvelles

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/45

Date de parution : lundi 8 novembre 2010

Sujet : **Campagne tarifaire 2011**

Mots types : Radiothérapie - MIGAC - USP - Soins palliatifs - EMI - Chimiothérapie - Etat

Année 2010 - p. 77/99

Cette semaine il faut s'arrêter sur les données fournies par la DGOS¹ sur la prochaine **campagne tarifaire 2011-2012**. Les principales mesures annoncées nous concernant sont résumées ci-dessous.

- Mastectomies totales avec reconstruction : "élargissement" de la liste d'actes ouvrant droit au GHS majoré par suppression de la mention "élargies"².
- Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques : réintégration dans le GHS³ existant (95 % des prises en charge bénéficient du GHS majoré) ;
- Molécules onéreuses : réintégration dans les tarifs de l'Irinotécan et de la Gemcitabine génériques en 2009.
- Pour la campagne 2012 analyse du GHM 28Z17 : chimiothérapie pour affection non tumorale : mieux identifier prescriptions et pratiques⁴.
- Radiothérapie : secteur exDG⁵ : finalisation en cours de la nouvelle classification en fonction des nouveaux actes CCAM. Construction de l'échelle tarifaire applicable au 1er mars 2011 (enveloppe constante).
- Radiothérapie : secteur privé : préparation de la mise en place de la nouvelle tarification en 2012. Travaux avec la CNAMTS⁶.
- Evolution des MIGAC⁷ - Qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie. Objectif : actualisation du modèle de financement en 2011. Règles transparentes et harmonisées entre régions et établissements. Corrélation entre les dotations et l'activité. Modèle forfaitisé sur la base de 3 critères : nombre d'activités autorisées / file active des patients appréciée par le PMSI (avec chaînage) / surpondération pour les établissements supports des pôles régionaux de cancérologie.

Enquête auprès des ARS pour actualiser une simulation à partir de données précises (distinction au sein de la dotation unique 2009 entre le financement des 3C et celui des pratiques de soins). Réunion spécifique des Fédérations dans la semaine du 15 novembre 2010.

- Vendredi, lors des Rencontres de la Cancérologie Française à Lyon, les représentants de la DGOS et de l'ATIH, en réponse à notre question concernant les

soins palliatifs, ont annoncé que l'idée était a priori retenue d'une revalorisation des USP (unités de soins palliatifs). Mais les arbitrages restaient à faire.

On peut se réjouir des mesures concernant les **MIGAC**, le départ de Roland Cash n'a pas complètement mis le dossier au placard. On peut lui rendre hommage. Reste qu'il y a de grandes incertitudes. On n'a pas mis le dossier au placard, comme c'était à craindre, mais on a veillé à ne pas froisser les puissants qui continueront à toucher beaucoup plus pour chaque patient que la moyenne... Et, pourquoi se priver?... On éjecte une fois de plus la **radiothérapie** privée ! Mais, qu'est-ce qui se passe dans la tête de nos fonctionnaires pour être aussi partiaux, pour maintenir avec constance un ostracisme contraire à la notion de service public qu'ils sont censés défendre ? Quand est-ce que les notions d'impartialité et de refus des conflits d'intérêts prévaudront dans l'administration de la santé ? Il est vrai que l'actualité⁸ ne va probablement pas rendre courageux les fonctionnaires s'ils se disent qu'eux aussi ils risquent de perdre leur salaire s'ils se mettent à l'abri des conflits d'intérêts ou les dénoncent...

La **radiothérapie** et la notion d'établissement de santé, ou la simple mesure visant à la comptabiliser dans le PMSI⁹ ? : vous rigolez, ça ne fait que 15 ans ! Pas question de bouger. D'ailleurs qui se soucie encore du dossier ? L'administration est au niveau de l'Express et s'y complait. Tant qu'il n'y aura pas un mort dans un centre privé ça ne bougera pas, mais ce jour-là les donneurs de leçons seront nombreux, n'en doutons pas.

Le tarif des **USP**¹⁰, il faut attendre...

Reste l'affaire des **EMI** (écarts moyens indemnisables) non compensés. On en reste pantois. Le comportement de l'Etat est hallucinant.

Faut-il taire notre juste colère devant l'incurie de "notre bon maître" ?

Certes, nous avons fait une erreur de stratégie l'an dernier en suivant la stratégie "tout communication" de la FHP-MCO : cela nous a valu la mise à la trappe des mesures d'accompagnement qui étaient à l'étude. C'est une règle d'or : on ne défie pas un maître tout puissant si on n'est



pas sûr, auparavant, d'établir un rapport de force en sa faveur. La FHF peut le faire tous les jours. Un petit miracle a eu lieu avec l'érythropoïétine grâce au soutien massif des organisations de patients. "Notre bon maître" en a été fort marri et, c'est dans son pouvoir, il peut manier la vengeance froide. C'est stupide mais c'est classique des pouvoirs solitaires. Dans notre cas il savait bien qu'il pouvait négliger le soutien obtenu de la Ligue. Le vrai patron de la Ligue, la Fédération, refusait d'être solidaire car, disait-elle, elle avait "obtenu des compensations et/ou des engagements" (?)..

Faut-il oser dire la vérité ?

Toute vérité n'est pas bonne à dire, mais, là, il faut oser. Selon la vieille formule, "*il ne nous faut pas moins d'Etat, mais mieux d'Etat*".

Cet Etat corrompue (refus de la réforme du K15, maintien du système mortifère des dépassements).

Cet Etat incapable pour qui les "*enjeux fondamentaux*" sont ceux de la planification et des CPOM¹¹ plutôt que l'efficacité du système.

Cet Etat dispendieux qui choisit systématiquement une régulation normes/subventions en lieu et place d'une régulation prix/contrôles.

Cet Etat partial qui est incapable de mettre en place un système cohérent et objectif d'autorisations alors qu'il a lui-même réouvert ce chantier.

Cet Etat qui s'affaiblit lui-même, lorsque, par exception, en cancérologie, le chantier étant sur sa fin, il refuse de mettre au point une simple grille de conformité afin que les inspections soient homogènes et donc équitables, respectables, significatives sur tout le territoire.

Cet Etat qui centralise tous les pouvoirs, ne conçoit son travail que dans la production de textes réglementaires dont le volume et l'inefficacité sont dénoncés par tous les Ministres à leur arrivée en fonction.

Cet Etat qui dit défendre l'intérêt public alors que dès qu'il s'agit de l'hôpital, il défend la fonction publique et non la santé des citoyens.

Cet Etat hypocrite qui donne de fait la priorité aux médi-

cements, mais qui ne se soucie ni des professionnels ni des établissements qui les mettent en œuvre, ni de leur avenir, qui subventionne largement la recherche mais ne fait rien pour développer les inclusions dans les essais cliniques.

On pourrait allonger la liste.

Cet Etat nous lasse. Cet Etat nous décourage. Fatalisme, immoralité, amertume, imprévisibilité et vide stratégique sont les fruits de son action.

Bien sûr l'UNHPC se battra encore contre les moulins à vent pour faire revenir les décideurs de la DGOS sur leur décision.

Tout a déjà été dit l'an dernier¹². On nous refait la réponse selon laquelle "*il faut gérer de façon dynamique la liste en sus*". Qui s'y oppose ? Personne.

Que l'Etat fasse son travail et baisse le tarif de responsabilité, ou qu'il compense les pertes en EMI !

La vraie question est celle de savoir s'il faut discrètement baisser les ressources allouées aux établissements pour mieux se vanter de créer des subventions nouvelles, même lorsque leur utilité peut être légitimement contestée. Pour nous, non, on ferait mieux d'être plus objectif et plus contraignant dans le respect des mesures déjà arrêtées, dans la clarté des financements accordés. Les assistantes sociales ne sont toujours pas financées et bientôt on fera semblant de croire que chaque établissement supplée l'ANPE¹³ pour garantir du travail pour "l'après cancer".

Ça, c'est pour le court terme.

A plus long terme il faut des mesures structurelles, sans doute revenir à une forme de tripartisme, afin de pouvoir remettre l'Etat, dans le domaine de la santé, en capacité d'assumer ses responsabilités vis-à-vis des citoyens et non plus seulement vis-à-vis des représentants de la fonction publique qui le composent ou d'intérêts politiques à courte vue.

¹ Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé)

² Acte QEFA013 ou QEFA015 : mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau pédiculé de muscle grand dorsal ou lambeau parascapulaire ou avec lambeau libre musculocutané

³ Groupe homogène de séjours (qualifie la prestation hospitalière facturée pour chaque GHM)

⁴ Le document des la DGOS précise : "*par exemple des anti-TNF alpha type Remicade*"

⁵ Dotation globale

⁶ Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

⁷ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

⁸ Amendement 94 à la loi de finances inspiré par Jean-François Copé (Président du groupe UMP à l'Assemblée nationale) et visant à supprimer la rémunération du Président de l'Agence du service civique, Martin Hirsch. Martin Hirsch venait de publier un essai (cf. notre chronique 10/39 du 27-9-2011) intitulé "*Pour en finir avec les conflits d'intérêts*" qui avait suscité une polémique avec François Copé.

⁹ Programme de médicalisation des systèmes d'information

¹⁰ Unité de soins palliatifs

¹¹ Contrat pluri-annuel d'objectif et de moyens

¹² Cf. entre autres nos chroniques 10/07 du 15-2-2010, 10/08 du 22-2-2010, 10/09 du 1-3-2010, 10/38 du 20-9-2011

¹³ Agence nationale pour l'emploi

Les temps changent en effet...,
mais les stages de formation
en cliniques
sont de plus en plus
nécessaires
et urgents.

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/46

Date de parution : lundi 15 novembre 2010

Sujet : **Jeunes PH et jeunes internes**

Mots types : Changement de gouvernement ; Nora Berra ; Xavier Bertrand ; ISNIH

Année 2010 - p. 79/99

Outre le coup de massue des molécules retirées de la liste en sus sans compensation des pertes sur EMI, l'actualité est surtout marquée par le **changement de gouvernement**. A ce jour on ne voit pourtant pas beaucoup de changement à l'horizon. Nous n'avons plus de Ministère, nous avons une secrétaire d'Etat chargée de la santé, Madame **Nora Berra**, nommée auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Monsieur **Xavier Bertrand**. Ce dernier connaît bien les dossiers, les nôtres en particulier. Ils n'ont pas bougé. On se souvient que Xavier Bertrand s'était fait fort, entre autres, d'obtenir la réforme du K15 auprès de Frédéric Van Roekeghem en 15 jours... Peut-être l'écoute sera-t-elle un peu plus rapide grâce à cela. Il faut attendre la nomination des conseillers pour y voir un peu plus clair. On peut néanmoins regretter qu'il n'y ait pas eu débat sur l'officialisation du rôle de Bercy. Quitte à avoir une mise sous tutelle, celle de Bercy aurait eu l'avantage d'officialiser les pratiques et de recréer de fait un tripartisme qui aurait incité le Ministère de la Santé à s'intéresser plus qu'il ne le fait à la qualité du système de santé. Mais non, ce qui a été déterminant c'est la gestion des carrières et l'équilibre de forces au sein de la majorité. En principe ces équipes sont là pour les 18 mois qui viennent. On est dans la moyenne de durée de vie des Ministères de la santé. Par contre il n'y a pas de grande réforme à l'horizon. C'est souvent un contexte plus favorable à la prise en charge des problèmes concrets. Espérons-le.

Rencontre avec une jeune gynécologue obstétricienne apparemment assez brillante. Elle est heureuse, elle a décroché un poste de PH¹, en contrat CDD² en attendant que le poste soit officialisé. Je regrette pour elle cette durée déterminée. Elle répond qu'elle n'y voit aucun inconvénient, au contraire. Grâce à ce CDD, elle gagne plus car elle a des primes de précarité. Elle considère que son salaire est bon, que les suppléments attendus, en particulier pour les gardes sont substantiels et elle se dit très agréablement surprise par le nombre de jours de congés qu'elle va avoir. *Si je rajoute les récupérations diverses, ça fait énormément de jours libres.* A cette évocation, l'œil de son mari brille. Ils en ont manifestement parlé, le salaire progresse mais les jours de congés ou de récupération aussi.

Elle vient de trouver ce poste dans un nouvel hôpital. Elle démarre dans quelques jours. *Vous connaissez l'équipe ? Non. En fait je vais tout de suite être dans le vif du sujet parce que je démarre par une garde de nuit. Ah, ce n'est pas très agréable, j'espère que vous serez avec un collègue compétent et sympa ? Non, non je suis toute seule. Comment vous êtes toute seule ? Oui. Mais alors, vous avez déjà été sur place, vous connaissez l'équipe, vous avez fait le tour des équipements, du bloc ? Non, pas du tout, je vous l'ai déjà dit, je démarre. Je m'étonne encore de ce démarrage par une garde dans un environnement inconnu. Elle s'étonne de mes étonnements. Percevant sans doute ma critique sous-jacente, elle finit par prétexter un décalage de date dans un planning qui a fait que c'est comme cela. Je n'ose insister, pour elle tout paraît normal...*

Et vous êtes contente ? Oui, sauf que j'ai vu le directeur. Il est comme celui de mon hôpital actuel. Il ne m'a demandé qu'une chose : il voulait savoir si j'opérais beaucoup. Je crois savoir que c'est le cas ? En fait moins qu'avant, car dans mon ancienne équipe j'étais la seule jeune femme, et petit à petit ça s'est su. Je récupérais donc la majorité des jeunes femmes ("je viens vous voir parce que mon amie m'a dit que vous êtes jeune et vous ne faites pas mal"). Mes collègues sont tous plus âgés et hommes. Comme j'avais 4 mois de délais à cause de ça, les généralistes des environs le savaient et lorsqu'il y avait une probabilité d'opération, ils adressaient leur patiente à un de mes collègues car ils n'avaient que trois mois d'attente. Ah bon ? Pourquoi autant d'attente ? On a une bonne équipe, les gens viennent nombreux. Mais vous ne pouvez pas vous organiser de telle manière que vous puissiez réduire ces délais ? Non, c'est impossible, on n'est pas assez nombreux (l'équipe est pourtant fort nombreuse...).

Je ne veux pas choquer et reviens donc aux directeurs qui les "poussent à opérer". *Pourquoi sont-ils comme ça ? Eh bien parce que maintenant dans les hôpitaux, il n'y a que le fric qui compte. Vraiment ? Oui, depuis qu'on est payé à l'activité comme ils disent, on nous pousse à ne faire que ce qui rapporte. Et vous rapportez moins que ceux qui opèrent ? C'est ce qu'ils disent tous. Mais vous connaissez les chiffres, vous savez ce que vous coûtez et ce que vous rapportez ? Non personne ne nous le dit. On*



sent qu'elle ne s'est pas beaucoup intéressée au sujet, mais que ce sujet est l'objet d'une charge affective forte et violente. Je repasse donc au "directeur". *Mais quand votre directeur parle de ce que vous rapportez, il parle de chiffre d'affaires que vous générez ou du résultat dégagé par votre activité ?* Le mari est toujours là. Il travaille dans l'industrie. Il intervient. *Ah, je suis content que vous lui posiez la question, il m'a toujours semblé qu'ils confondaient résultat et chiffre d'affaires !* Je n'insiste pas.

Elle sait que je travaille dans le privé. Je pose donc la question. *Vous n'avez jamais été tentée par le privé ? Non, c'est trop axé sur le fric, je n'ai jamais été tentée et puis je ne veux pas être limitée dans mon activité. Ah bon, c'est curieux que vous disiez ça, dans le privé aussi on fait tout. Parmi vos amis, vous en connaissez qui ont fait le pas ? Oh oui, mes deux meilleures amies sont installées en libéral ! Ah bon, et elles sont contentes ? Oui, maintenant, très contentes et elles gagnent très bien leur vie. En fait elles en ont bavé et elles ont eu un stress terrible durant 3-4 mois. Depuis ça va très bien. Pourquoi tout ce stress durant 3-4 mois ? Eh bien il a bien fallu qu'elles s'installent. Elles avaient choisi de très grands locaux, qu'elles ont fait aménager de façon superbe, mais ça leur a coûté très cher, et elles ont tout de suite embauché plusieurs secrétaires, ça faisait vraiment très cher. Heureusement elles ont ajusté tout ça avec leurs dépassements d'honoraires. Il leur a fallu 3-4 mois pour avoir une clientèle suffisante. Maintenant c'est chose faite. Elles vivent très bien. Ça ne vous choque pas*

qu'elles prennent autant de dépassements ? Non bien sûr, il faut bien qu'elles récupèrent tout ce qu'elles ont dépensé !...

Il paraît que l'enseignement supérieur doit permettre d'acquérir une capacité de recul critique. On a envie de dire : bravo l'Université !

Fin octobre, au **Congrès organisé par l'Inter Syndical National des Internes des Hôpitaux (ISNIH)**, les trois grands groupes et la FHP étaient présents. La féminisation était un fait et se traduisait par des demandes spécifiques d'organisation du travail, des horaires et d'un accès à des services spécifiques (crèches...). Cela est certainement positif. Le reste interrogeait. Tous ont été frappés par l'ignorance absolue des jeunes internes concernant l'activité libérale et l'activité en cliniques. La demande était presque unanime de travailler sous statut de salarié. En conséquence l'idée d'investir dans ce qui serait son outil de travail est parfaitement inconnue. La demande de travail en équipe est forte, mais elle apparaît plus comme une demande de protection vis-à-vis de responsabilités qui font peur que comme une exigence de métier.

Les temps changent en effet..., mais les stages de formation en cliniques sont de plus en plus nécessaires et urgents.

¹ Praticien hospitalier

² Contrat à durée déterminée

« Je crois qu'il est venu le temps d'alléger très substantiellement le fatras administratif et législatif dans un certain nombre de domaines »

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/47

Date de parution : lundi 22 novembre 2010

Sujet : **Fatras administratif et législatif**

Mots types : Nicolas Sarkozy ; Roselyne Bachelot ; Jean Castex ; Nora Berra ; Jean Leonetti ; FHF ; FHP ; Jacques Attali ; Economistes ; Volume du droit ; Mediator ; Conflits d'intérêts

Année 2010 - p. 81/99

La semaine a été très politique¹ et il ne nous appartient pas de commenter ici sur le fond. On se contentera de deux remarques sur cette actualité là.

Lors de l'intervention télévisée du Président Sarkozy, un passage n'a hélas pas semblé intéresser les journalistes. Le Président attire pourtant notre attention sur un sujet que nous évoquons souvent, le trop-plein de textes.

On se souvient de la déclaration de Madame Roselyne Bachelot à Hôpital Expo le 27 mai 2008² : « J'ai fixé à mes services cet impératif responsable : que ma prochaine loi supprime plus d'articles des codes qu'elle n'en crée ! J'espère que nous réussirons. Ne subissons pas comme une fatalité l'inflation législative et réglementaire qui ne simplifie la vie de personne et que nos concitoyens réprouvent ! » On sait ce qu'il en advint...

Mais voilà que le Président s'adresse au Gouvernement³ : « La deuxième demande que je présente au Gouvernement : je crois qu'il est venu le temps d'alléger très substantiellement le fatras administratif et législatif dans un certain nombre de domaines. Je pense que, dans le droit à l'urbanisme comme le droit au logement, plus personne n'est en mesure de comprendre quelque chose et j'aimerais que, durant l'année 2011, on puisse conduire une action inédite qui consisterait non pas à voter une nouvelle loi en la matière mais à supprimer des lois existantes en matière d'urbanisme et en matière de logement pour que le fameux dicton "nul n'est censé ignorer la loi" puisse s'appliquer vraiment. »

Nous n'avons qu'un regret : que les conseillers du Président n'aient pas consulté le tableau de bord de Legifrance. Hélas sa mise à jour tarde un peu (la dernière date de juillet 2008) mais ils y auraient vu avec beaucoup d'intérêt que notre secteur constitue la meilleure illustration des propos du Président.

Le code de l'urbanisme tourne à 1,150 million de signes et il a chuté de 225.000 signes entre 2007 et 2008. Le Président a donc été devancé.

Le code de la construction et de l'habitation a, lui, connu une forte croissance depuis 2005. Il tourne en juillet 2008 autour de 2,650 millions de signes, mais il se stabilise.

En cumulant les deux nous sommes à 3,8 millions de signes.

Le code de la santé publique, avant même HPST, com-

portait plus de 7 millions de signes. Le code de la sécurité sociale dépasse les 6 millions de signes !

13 millions de signes à eux deux, un record, avec, en plus, depuis longtemps, le plus fort taux de croissance de tous les domaines du droit.

Il nous faudrait évoquer aussi le code de la mutualité, le code de l'action sociale et des familles...

Au total, Santé-solidarité pèse plus de 16 millions de signes !

Il est vrai que l'intervention du Chef de l'Etat a été préparée à un moment où ses conseillers sur les domaines sanitaires et sociaux étaient changés.

Nous ne doutons pas que Monsieur Jean Castex, nouveau promu, saura attirer l'attention du Président sur le fait que son excellente idée trouve un champ d'application immense et naturel dans le secteur qui bat tous les records tant en nombre de textes qu'en taux de croissance de leur volume, le nôtre. Ce serait bien que l'appel du Chef de l'Etat à cette "action inédite" que Madame Bachelot qualifiait "d'impératif responsable" soit entendu.

Beau et grand travail pour la nouvelle équipe !

Très peu nombreux sont ceux qui connaissent la nouvelle secrétaire d'Etat chargée de la Santé, **Madame Nora Berra**. Elle n'est pas du sérail. Le plus souvent c'est une bonne nouvelle car cela se traduit par une gestion plus objective, plus empreinte d'un minimum de sens du service public. Mais en général l'accueil est froid.

Ici on est troublé par l'hostilité des commentateurs. C'est une femme, c'est sans doute la raison pour laquelle il n'y a pratiquement pas de commentateur qui n'insiste pas lourdement sur le métier de son Père et le nombre de ses frères et sœurs. Son origine sociale plaide plutôt en sa faveur, mais les commentateurs suggèrent l'inverse. Imagine-t-on de pareils commentaires sur les Pères de Messieurs Copé ou Sarkozy ? Alors, pourquoi cette insistance ?

Ensuite on distille des soupçons sur les éventuels conflits d'intérêt sous prétexte qu'elle a travaillé jusqu'en 2009 et pendant dix ans pour des laboratoires pharmaceutiques⁴. Quelques jours après, l'affaire du Mediator devient publique avec l'AFSSAPS⁵. Des propos maladroits sinon ambigus de la Secrétaire d'Etat, vite corrigés⁶, sont immé-

diatement pris comme "preuve" de cette collusion avec les laboratoires.

Ces questions de conflits d'intérêts polluent notre système hospitalier, le Plan Cancer en est une illustration caricaturale.

Cela valait donc la peine de lire ces commentaires. On a beau chercher, on ne trouve rien de concret.

Par contre une des "grandes signatures" qui développe cette rumeur en particulier sur son Blog chez Libération, Eric Favereau, donne sans doute une des clefs. Les rumeurs sont étalées sur le blog du 15/11/2010 intitulé "Nora Berra, proche des labos... et de la Sécu"⁷. Le papier qui précède est daté du 09/11/2010, il est intitulé : "Jean Leonetti se rapproche de l'avenue de Ségur". Il s'agit en fait d'un plaidoyer pour que Jean Leonetti soit nommé Ministre de la Santé. Très bien.

Mais du coup on est frappé de la différence de traitement. On ne trouve dans ce papier aucune réserve sur d'éventuels conflits d'intérêts pouvant provenir du fait que Monsieur Leonetti est l'actuel Président de la FHF. Ah, qu'il est difficile d'être objectif quand il s'agit des intérêts dominants ! Il y a longtemps que la FHF est chez elle au Ministère de la Santé et, chez nous comme ailleurs, l'habitude provoque une pathologie proche de la DMLA⁸. Mais les faits sont têtus et devraient nous interroger.

Pour revenir à notre Secrétaire d'Etat, troisième élément, les conditions de sa nomination risquent de la rendre encore plus isolée et sous tutelle que ses prédécesseurs (dont Xavier Bertrand...) dans ce genre de poste. Qui plus est, elle aura très peu de conseillers. Dur métier que la politique, surtout lorsque les perspectives électorales dominent.

Nous ne connaissons pas Madame Berra, mais ces débuts difficiles la rendent sympathique.

En attendant d'en savoir plus, on a envie de lui dire : "courage Madame Berra !"

Cette semaine, les deux jours d'**Assemblée Générale de la FHP** se clôturaient par une conférence de prestige. **Jacques Attali** était convié à nous aider à réfléchir sur l'avenir du secteur. Avec de très nombreux invités, la salle était comble.

Jacques Attali s'est attaché à "*remonter le moral des professionnels du secteur*" en développant les raisons pour lesquelles nous pouvions être sûrs de notre avenir. On ne peut que s'en féliciter.

Sincère, il expliquait ne pas comprendre "*pourquoi acheter une automobile c'était bien pour la société et dépenser pour sa santé c'était dangereux pour la même société*". Mais il n'a rien dit sur la question du déficit et du report de nos "dépenses" sur les générations futures.

Il amenait l'auditoire à se décomplexer du fait que ces dépenses de santé étaient productives car elles étaient à l'origine de l'allongement de la durée de la vie, mais il oubliait de dire qu'elles n'en constituent qu'une partie.

A propos de productivité, il n'a jamais posé la question de celle de l'hôpital.

Il célébrait le progrès technique en se disant persuadé que les innovations génèrent une baisse tendancielle des prix, comme si nos innovations étaient toutes de même nature que celles qui se produisent en électronique et en oubliant que, dans la sphère du médicament qu'il citait, les cibles sont de plus en plus étroites du fait des traitements personnalisés.

Bref, stimulant, intéressant bien sûr, mais décevant aussi.

Nous manquons de grands économistes de la santé. Compte-tenu de l'importance de notre secteur, la question demeure ouverte : pourquoi si peu d'économistes de la santé ?

¹ Nomination du nouveau Gouvernement, Monsieur Fillon est à nouveau nommé Premier Ministre

² Roselyne BACHELOT-NARQUIN ; Discours prononcé à Hôpital Expo 2008 ; Paragraphe : "Cette philosophie de la responsabilité détermine l'esprit de notre réforme " ; Paris, le mardi 27 mai 2008

³ Nicolas Sarkozy - Intervention télévisée du chef de l'Etat - Interrogé en direct par trois journalistes (Claire Chazal, David Pujadas, Michel Denisot) lors de son intervention télévisée diffusée sur TF1, France 2 et Canal + le 16 novembre 2010

⁴ Madame N. Berra a été de 1991 à 2009 médecin attachée au service d'immunologie clinique de l'hôpital Edouard-Herriot à Lyon, particulièrement au dossier VIH. Elle a aussi travaillé de 1999 à 2001 pour Boehringer Ingelheim, de 2001 à 2006 pour Bristol-Myers Squibb et de 2006 à 2009 pour Sanofi Pasteur MSD Europe.

⁵ Agence française de sécurité sanitaire des aliments

⁶ Il faudrait "*voir la relation d'imputabilité entre le médicament et ses effets [...] il y a un gros travail de compilation de données et d'expertise à faire sur ce dossier*". Jeudi 18 Nora Berra a affirmé qu'il n'y avait "*aucune ambiguïté sur l'imputabilité des troubles de valves cardiaques avec ce médicament*".

⁷ <http://societe.blogs.liberation.fr/> - La plume et le bistouri - Santé privée-santé publique, regards croisés. - 15/11/2010 : Nora Berra, proche des labos ... et de la Sécu. - 09/11/2010 : Jean Leonetti se rapproche de l'avenue de Ségur

⁸ DMLA : La dégénérescence maculaire liée à l'âge : maladie de la rétine dont l'évolution est chronique et invalidante

"La question se pose de mettre en place un dispositif incitatif spécifique, prévu et organisé sur plusieurs années, centré sur un tarif identique entre les séjours de chirurgie ambulatoire et traditionnelle"

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/48

Date de parution : lundi 29 novembre 2010

Sujet : **Médecine libérale - Chirurgie ambulatoire**

Mots types : Oncologie médicale - Rapport Elisabeth Hubert - ANAP - HAS - AFCA - IAAS - Tarif identique - Concurrence - URML - Entreprise médicale - CME - ENEIS - DREES - Numerus clausus

Année 2010 - p. 83/99

Où l'on reparle de l'organisations de l'oncologie médicale...

Lors d'une réunion du CEPO¹, avec quelques parlementaires, mais aussi à l'ESMO² où on note que l'arrivée des traitements ciblés ne fait que souligner l'urgence de repenser l'organisation et le financement de nos métiers. Nous le constatons souvent ici, au lieu de préparer les évolutions nécessaires au maintien et au développement d'une bonne prise en charge des patients, tous statuts confondus, on abandonne l'oncologie médicale, on pressure l'anatomopathologie libérale, on ne fait rien pour développer sérieusement les essais cliniques là où sont les patients, on fait danser le yoyo aux financements des établissements... Pourtant, comme le rapporte la presse, en plus de tout ce qui justifierait depuis des années un peu plus d'attention et d'initiatives cohérentes : « *de nouvelles stratégies s'imposent d'urgence pour l'évaluation des médicaments anticancéreux à l'ère de la médecine personnalisée, ont estimé des experts réunis à Nice pour un symposium de biologie du cancer organisé par l'European Society for Medical Oncology. Pour eux, il convient de remettre en cause le modèle standard des essais de phase III. On pourrait aussi s'appuyer sur des essais plus réduits réalisés sur des patients sélectionnés en fonction de leur degré élevé de sensibilité au traitement. Cela nécessite le développement de la sélection moléculaire et il faut des plates-formes pour le faire...* »³

Où l'on reparle des conditions nécessaires au sauvetage de la médecine libérale...

Le rapport "Hubert" vient de sortir⁴. Gros rapport (183 pages). Beaucoup de propositions. Intéressant et important donc. Il faut prendre le temps de lire, de débattre et d'évaluer. La distinction entre mesures structurelles et mesures conjoncturelles est suffisamment rare pour être saluée. Nous avons déjà pu regretter que la mission confiée à Madame E. Hubert se soit limitée à la rénovation de l'"offre de santé de proximité". Cela reste vrai et on sait que le risque est grand que les "spécialistes libéraux" soient une fois de plus oubliés. Face à cette inquiétude, Madame Hubert avait répondu qu'elle ne pouvait tout aborder. La question demeure pourtant. Il faut donc lire

ce rapport avec cette focale-là aussi : il faut que les mesures qui seront retenues soient cohérentes du point de vue de l'ensemble de la médecine libérale. Le Président de la République répète qu'il a pris conscience des problèmes. On espère qu'il n'oubliera pas les spécialistes. Il détaillera la semaine prochaine ses priorités sur la médecine libérale. Il demande aux Ministres concernés "*d'engager très rapidement les concertations avec les principaux acteurs concernés pour mener à bien ces différents chantiers*". La période qui s'ouvre serait-elle favorable ?

Où l'on reparle de la chirurgie ambulatoire...

Les pouvoirs publics redisent une fois de plus que son développement est souhaitable, nécessaire, indispensable. Ce n'est pas nouveau. Simone Veil, Bernard Kouchner déjà... Pourtant les choses bougent.

Le secteur public se réveille et, aussitôt, les parts de marché du privé sont rognées. Le secteur privé qui avait la possibilité de devenir quasiment monopolistique s'il avait continué sur la dynamique qui était la sienne va-t-il se réveiller à son tour ?

La HAS⁵, l'ANAP⁶ et la CNAM⁷ travaillent avec l'AFCA⁸, à nouveau active. Tous participent aux projets européens développés par l'IAAS⁹.

La HAS qui a longtemps ignoré la chirurgie ambulatoire est maintenant très entreprenante tant pour sa promotion que pour la protection de l'environnement requis pour une chirurgie sûre et de qualité comme on l'a récemment constaté avec la publication du rapport sur la cataracte en cabinet.

L'ANAP est elle aussi très active pour promouvoir la chirurgie ambulatoire dont elle a bien vu que c'était un des éléments clé du développement de la "performance" du système. Courageuse, elle ose évaluer publiquement l'impact de cette "bonne pratique" ainsi que l'AFCA le faisait dans l'indifférence depuis près de 20 ans. Cet impact est moindre qu'à l'époque compte tenu des progrès réalisés, mais quand même : 48.000 lits (58 % du total), 5 milliards de productivité à gagner ! Par les temps qui courent, avec, en plus, une qualité et une sécurité en net progrès, ça vaut la peine !

Un "séminaire restreint" co-organisé par l'ANAP, la



HAS et l'AFCA le 15 octobre 2010 a permis de faire émerger entre tous les acteurs de la puissance publique (Etat et Assurance Maladie) un "*diagnostic partagé*" rendu public lors d'un colloque qui s'est tenu cette semaine¹⁰. On peut y lire "*la question se pose de mettre en place un dispositif incitatif spécifique, prévu et organisé sur plusieurs années, centré sur un tarif identique entre les séjours de chirurgie ambulatoire et traditionnelle*". Il y a eu unanimité du séminaire restreint... à l'exception de la DGOS qui ne nie pas la nécessité d'incitatifs adaptés mais qui affirme en avoir avec les SROS et les OQOS.

Le communiqué de presse pose la bonne question « *Quel projet pour la chirurgie en France ?* » et sous titre sur les enjeux, l'hôpital de demain et les incitatifs nécessaires.

La DGOS veut développer un "indicateur" et l'ANAP concrétiser l'impératif de reconversion : bel échange de rôles !

Bref, il semble que ce dossier avance enfin.

Où l'on reparle de la concurrence publique privée...

La commission de déontologie interdit à un chirurgien hospitalier d'exercer dans une clinique à proximité. Soit. C'est la suite d'HPST¹¹ puisqu'on s'était rendu compte après son vote qu'il suffisait d'appliquer le droit courant et de passer par la commission de déontologie. Mais on apprend aussi que la Président de la CME¹² de l'hôpital veut faire partie de la commission de déontologie... Pourquoi pas celui de la clinique concernée ? Décidément la notion de conflit d'intérêt reste un sujet d'avenir !

Où l'on reparle des conditions d'exercice des médecins libéraux.

Au moins deux réunions cette semaine sur ce sujet.

La première était intitulée "*de l'organisation professionnelle à l'entreprise médicale, réflexion à partir de l'exercice chirurgical*". Elle était organisée par les URML¹³ Languedoc-Roussillon et Rhône-Alpes dont on sait qu'elles travaillent le sujet depuis plusieurs années, avec le concours du Conseil National de la Chirurgie. Réflexion intéressante mais le souffle entrepreneurial manquait un peu. Cela donnait à la FHP¹⁴ l'occasion de développer ses arguments en faveur du salariat. Bonne surprise au niveau des représentants des ARS qui appelaient de leurs vœux des initiatives et des propositions. Le représentant politique, libéral, pensait centralisation et planification illustrant Baverez décrivant une classe politique "*toute entière dévouée à la dépense publique, ne s'intéressant pas à la base productive*"¹⁵. On planifie, mais paradoxalement on n'aborde pas la question du devenir de la médecine libérale du point de vue de son utilité dans le système, sans chercher les cohérences fondatrices de son avenir et de sa pérennité.

La seconde était la 15^e réunion nationale de nos Présidents de CME. Ils réfléchissaient sur les effets de la loi HPST. Nécessaire et très utile...

Où l'on reparle des événements indésirables graves liés aux soins avec l'important rapport de la DREES¹⁶.

Où l'on reparle du numerus clausus pour le resserrer, mais il y a longtemps que l'on sait que l'administration de la santé n'est pas libérale...

...

¹ CEPO : Comité d'échange et de projet en oncologie

² ESMO : European society for medical oncology - société européenne d'oncologie médicale

³ Dépêche APM "Des experts demandent d'urgence de nouvelles stratégies d'évaluation des médicaments anticancéreux" - SLNKQ002 26/11/2010 17:11 CANCER VIP

⁴ <http://www.elysee.fr/president/les-actualites/rapports/2010/rapport-du-docteur-elisabeth-hubert-mission-de.10088.html>

⁵ HAS : Haute autorité de santé

⁶ ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

⁷ CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

⁸ AFCA : Association française de chirurgie ambulatoire

⁹ IAAS : International association for ambulatory surgery

¹⁰ Colloque chirurgie ambulatoire « Quel projet pour la chirurgie en France ? - Mercredi 23 novembre 2010 - ANAP, HAS, AFCA

¹¹ HPST : Loi hôpital patient santé territoire (loi "Bachelot" - 2008)

¹² CME : Commission médicale d'établissement (établissements publics) - Conférence médicale d'établissement (établissements privés)

¹³ URML : Union régionale de médecins libéraux

¹⁴ FHP : Fédération hospitalière privée

¹⁵ Nicolas Baverez « Nicolas Sarkozy a ruiné la présidence monarchique » - Propos recueillis par Christophe Barbier et Corinne Lhaïc - L'Express 17 novembre 2010 p. 17

¹⁶ Les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) observés dans les établissements de santé Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004 - DREES - Dossiers solidarité et santé n° 17 - 2010 et Colloque sur les événements indésirables associés aux soins du 24 novembre 2010 (<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/colloque-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-du-24-novembre-2010.html>)

« Le monde médical est aujourd'hui en situation de défiance vis-à-vis des politiques à qui ils reprochent de faire beaucoup de discours et de ne pas prendre de décisions »

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/49

Date de parution : lundi 6 décembre 2010

Sujet : **Médecine libérale - Inventions-Innovations**

Mots types : Nicolas Sarkozy - Orbec - Schumpeter - Chirurgie ambulatoire - ANAP - Hôpital de demain - S. Wright - PRS - ARS - EOHSP - Prospective

Année 2010 - p. 85/99

Pour marquer son **intérêt pour la médecine libérale**, le Président de la République se déplace à Orbec (Calvados) avec deux Ministres Xavier Bertrand et Nora Berra, une ancienne ministre de la Santé, Elisabeth Hubert et son nouveau conseiller social à l'Élysée Jean Castex. Les choses sont sérieuses. On note pourtant l'absence des responsables de l'Assurance-maladie. L'Etat seul est aux commandes. Le Président parle de "*crise identitaire*". C'est un symptôme, pas un diagnostic. C'est l'environnement étatique et administratif, sa méconnaissance et, souvent son mépris ou sa peur de la médecine libérale ainsi que le manque d'évolution des conditions d'exercice qui dominent. Quand il affirme « *le monde médical est aujourd'hui en situation de défiance vis-à-vis des politiques à qui ils reprochent de faire beaucoup de discours et de ne pas prendre de décisions* »¹, il est sans doute plus près du bon diagnostic. On nous annonce donc des décisions. Formation, simplification administrative, rémunération, nouveau véhicule juridique, guichet unique, tout cela va dans le bon sens. Mais bouger les rémunérations dans un ONDAM² contraint, Frédéric van Rookeghem prévient qu'il ne sait pas trop faire. Nous concernant, il ne sait même pas faire quand ça ne coûte rien ou très peu. Le Président oublie les dépassements d'honoraires, la dépossession des médecins entrepreneurs, les spécialistes libéraux. Il reste donc du pain sur la planche, mais, pour autant, il ne faut pas négliger les ouvertures rendues possibles par cette soudaine attention. Le moment est venu de prendre ces engagements au sérieux, de faire des propositions de concrétisation cohérentes et d'en suggérer quelques autres, fondatrices de notre avenir, car l'Etat aura du mal tout seul. Les organisations représentatives ont commencé à le faire. C'est heureux. On le sait, dans ce contexte, on passe des années d'attente aux traitements dans l'urgence. Il faut être prêt.

La distinction de Schumpeter entre "invention" et "innovation" est de plus en plus d'actualité en matière de soins. Elle est ancienne et devenue classique partout sauf en médecine. Elle y est pourtant nécessaire, car fondatrice de politiques adaptées. La langue officielle ne parle que d'innovation et la dit très rapide en médecine. Tout ce qui vient de l'Etat est "innovant". C'est globalement faux et la confusion est pénalisante.

La chirurgie a connu l'invention de la cœliochirurgie. Comme Schumpeter le prévoit pour toute invention, sa diffusion a été rapide. Mais les exemples de cette ampleur sont rares. En cancérologie, les "molécules innovantes", comme on les appelle chez nous, sont souvent de vraies inventions. La rapidité du passage des antimétabolites aux biothérapies et aux traitements ciblés en est le signe. Malgré son coût, cette diffusion est irrésistible, l'expérience des pays qui essaient de la ralentir le montre. Jusqu'à maintenant, la France ne s'y oppose pas, même si on commence à voir l'Etat transférer une partie du coût sur les Etablissements. Ces "inventions" créent des comportements nouveaux ce qui, en règle générale, se fait facilement et on voit bien la nécessité d'un combat permanent pour éviter la captation par les lobbies dominants qui veulent se les réserver sous des prétextes toujours renouvelés, au détriment d'une médecine libérale de plus en plus écartée, malgré le nombre de patients pris en charge.

Par contre les "innovations" au sens Schumpeterien, ont du mal à se diffuser car elles changent les comportements.

Grâce au développement des soins palliatifs, "innovation" marquant le grand retour du "care", les soins de support ont pu se développer. Lorsqu'on lui en donne le droit ou la possibilité, le secteur privé montre sa souplesse et sa capacité d'adaptation. **La chirurgie ambulatoire** est un autre exemple. Le secteur privé est à l'origine de son implantation en France. Il a vite été freiné, y compris par des quotas, aussi stupides que contre productifs pour le pays, et par des tarifs dissuasifs. Ce dossier vieux de 20 ans semble se débloquent à nouveau. Alors qu'il ne l'est pas encore vraiment, on voit de nouveau le formidable potentiel qu'il recèle. L'ANAP³ affirme courageusement et publiquement les enjeux, au risque de se voir reprocher la montée d'une contestation sociale fondée sur la peur du changement. Mais qu'Hôpital 2007 paraît loin, et que les conséquences négatives de la planification rigide et centralisée de l'offre nous coûtent cher ! On a déjà signalé ici l'importance du séminaire restreint aux décideurs de l'Etat et de la Sécurité Sociale et du colloque public qui viennent d'avoir lieu. Les actes vont en être publiés. Mais l'actualité reste vivante sur le sujet. La DGOS⁴ a constitué des groupes de travail. L'ANAP a si-

gné cette semaine un accord de participation au programme européen piloté par l'IAAS sous le nom de "Daysafe"⁵ : « *Improving patient safety of hospital care through day surgery* »⁶. La CNAM⁷, la HAS⁸ et l'ANAP participent donc maintenant aux deux programmes initiés par l'IAAS⁹. Ce qui apparaît aussi plus clairement, c'est que le développement de la chirurgie ambulatoire qui reste une "ardente obligation" compte tenu de ses bienfaits pour les patients et pour la société, remet en cause la conception même de l'hôpital, de son devenir.

Qu'est-ce que l'hôpital de demain ? C'est bien ça la question posée. Mais cette question, aussitôt posée, prend de l'ampleur. Cette semaine avait lieu un colloque international sur ce thème en Italie¹⁰. De nouveau la chirurgie ambulatoire était le prétexte. Le constat était général et consensuel. Un bon résumé en a été fait par Stephen Wright, ancien responsable de l'European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP)¹¹, qui a repris les conclusions d'une étude que nous avons diffusée ici même : "*Investing in hospitals of the future*"¹². Pour lui, l'hôpital reste le lieu de la plus forte intensité capitalistique dans le système de soins, mais, compte tenu de toutes les forces centrifuges¹³ qui s'exercent sur lui, il doit mieux s'intégrer dans la diversité croissante des lieux et formes de prise en charge. Ces forces centrifuges sont largement communes à tous nos pays développés, en médecine comme en chirurgie comme l'est le contexte général de l'évolution des besoins¹⁴.

Sans que la préoccupation du patient ne baisse de niveau, le passage d'une organisation centrée sur les professionnels à une organisation centrée sur les patients change toute la conception de nos établissements.

Mais voilà que la notion de "*patient-centered medical home*" prend corps. L'IOM¹⁵ publie cette semaine sous le titre de "*The Role of Human Factors in Home Health Care : Workshop Summary*"¹⁶ les actes d'un colloque américain sur ce thème. La préface commence par ce constat : "... *les dispositifs de soins, les technologies, et les pratiques soignantes entrent rapidement dans les maisons. Cette transition, qui va s'accélérer à l'avenir...*"¹⁷.

Notre retard en matière de chirurgie ambulatoire nous aide à poser le diagnostic, à mieux comprendre, à mieux maîtriser, à mieux susciter inventions et innovations.

La question devient alors de savoir comment organiser ces mutations.

Si nous savons les piloter, elles sont une formidable occasion de maintenir le principe de solidarité qui fonde nos systèmes car elles sont porteuses de très forts gains de productivité. Comment les organiser à froid ? Comment leur donner du sens pour rassurer les professionnels qui vont se trouver face à une vraie obligation de changement ? Comment les étaler dans le temps sans se laisser rattraper par la rigueur qui finira par nous tomber dessus compte tenu de l'ampleur de la crise financière et de la dette que nous avons contribué à créer ? Notre attachement à une planification de l'offre, souvent désastreuse, nous permettra-t-elle cette fois-ci d'éclairer le chemin ? C'est bien cela **l'enjeu de l'élaboration des nouveaux "PRS"** (projets régionaux de santé) : éclairer le chemin pour faciliter les initiatives des acteurs et anticiper les mutations nécessaires.

¹ Le Quotidien du Médecin du v. 3 décembre 2010 : Sarkozy prend acte de la « crise identitaire » des libéraux. Dans le Calvados, le Président valide l'ordonnance du Dr Hubert

² ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

³ ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

⁴ DGOS : Direction générale de l'offre de soins (ministère de la santé)

⁵ Programme européen de l'Executive Agency for Health and Consumers (EAHC)

⁶ Améliorer la sécurité des patients à l'hôpital grâce à la chirurgie ambulatoire

⁷ CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

⁸ HAS : Haute autorité de santé

⁹ IAAS : International association for ambulatory surgery. Les deux projets européens en cours à ce jour sont le "Day surgery data project" (coordonné par l'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto (Italie) - N° 2008 2013 - www.dsdp.eu) et le "Daysafe" project (Grant Agreement N° 2009 11 04, coordonné par l'AGE.NA.S : Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Italie)).

¹⁰ Ospedale del futuro: quali prospettive? - L'hôpital du futur : Quelles perspectives ?

¹¹ <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory>

¹² Investir dans les hôpitaux du futur : www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf

¹³ La chirurgie, la médecine, la rééducation, la télé-médecine, l'obstétrique, le troisième âge, l'imagerie, les laboratoires...

¹⁴ Vieillesse, développement des comorbidités et résurgence des anciennes maladies, chronicisation des diabètes, du sida, des cancers, progrès techniques, tourisme médical, élévation du niveau d'exigences des patients...

¹⁵ IOM : Institute of medicine of the national academies (USA)

¹⁶ http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12927

¹⁷ « *In the United States, health care devices, technologies, and care practices are rapidly moving into the home. This transition, which is likely to accelerate in the future, has raised a host of issues that have received insufficient attention in the past.* » p. vii

L'actualité
souligne
un certain nombre
d'enjeux.

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/50

Date de parution : lundi 13 décembre 2010

Sujet : **Alcoolisation fœtale, Compétence, Hôpital, Mediator, Biologie, A. Spire**

Mots types : INSERM - Cour de Cassation - Fracture de Monteggia - Direction d'hôpital - Comptable public - D. Tabuteau - Santé publique - Médicament - Europe - Amende - Médecin entrepreneur - M. Siri - Publication

Année 2010 - p. 87/99

L'actualité souligne un certain nombre d'enjeux. Exemples :

Tabac et alcool : Selon l'INSERM¹, de 17 % à 25 % des femmes continueraient à consommer de l'alcool pendant leur grossesse. 6 % d'entre elles boiraient même au moins deux verres par jour. Selon l'étude, un bébé sur 100 serait exposé à l'alcool et le syndrome d'alcoolisation fœtal, première cause de retard mental en France, concernerait de 1 à 3 naissances sur 1 000².

On a constaté, il y a peu, une reprise de la consommation de tabac.

On peut se dire que cela était prévu compte tenu de l'ampleur de la crise et de la montée du chômage.

On peut se dire aussi qu'on peut faire beaucoup plus en termes de prévention et d'éducation...

Compétence : L'article 70 du code de déontologie qui traite de l'omnivalence du diplôme et limites est rédigé ainsi : « *Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* »

Dans une affaire de médecin généraliste ayant diagnostiqué au service des urgences d'une clinique une fracture du cubitus et non une fracture de Monteggia, la Cour de cassation, le 25 novembre 2010, arrête que « *le médecin généraliste n'avait pas la qualité de médecin urgentiste pour l'exonérer de sa responsabilité, quand il est fait déontologiquement obligation à tout praticien de s'abstenir, sauf circonstances exceptionnelles, d'entreprendre ou de poursuivre des soins, ou de formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* »³

C'est de nouveau la question de la compétence qui se pose.

En cancérologie le (faux ?) débat spécialistes/oncologues n'est hélas pas terminé. Pourtant l'option prise par les décrets d'autorisation est de bon sens : le spécialiste ne peut intervenir que sur un cancer touchant son organe de compétence.

Ici la question est beaucoup plus compliquée et on com-

prend l'émoi des généralistes et les craintes que cet arrêt fait peser sur la PDS...

Gestion de l'hôpital : levée de boucliers de la FHF, des syndicats représentant les directeurs d'hôpital (CH-FO, Syncass-CFDT, SNCH), des conférences de directeurs hospitaliers, de l'Association des directeurs d'hôpital⁴ contre une instruction parue le 17 septembre dernier⁵ sous forme de « *Rappel à tous les agents du secteur public local de l'obligation de signaler à leur hiérarchie tant les infractions pénales et illégalités que les dérives de gestion constatées dans l'exercice de leurs fonctions* ». Cette instruction est intéressante et instructive, c'est pourquoi nous l'avons diffusée avec ces commentaires. Ceci étant, les organisations publiques représentatives des directions d'hôpitaux se disent "blessées" et dénoncent "la suspicion de principe qui s'attache dans l'esprit des pouvoirs publics aux décisions des gestionnaires hospitaliers". Plus largement cet épisode montre une fois de plus que la question de savoir s'il y a et s'il faut une vraie "direction" à l'hôpital public n'est pas résolue. Qui est le vrai patron, s'il y en a un : le directeur ?, les "comités" et les syndicats ? l'ARS ?, le conseil d'administration ? Son Président ? le comptable représentant Bercy dont il s'agit ici ? Qu'il y ait contrôle cela va de soi et cela est nécessaire. Mais la pratique montre que le "comptable" public juge très souvent en opportunité, cette instruction l'y encouragera sans doute. Il n'y a rien de plus paralysant et de déresponsabilisant pour la gestion d'une société, fut-elle publique, qu'une telle dualité de pouvoirs...

L'affaire du Mediator continue à susciter l'intérêt des professionnels et des médias. Elle est l'occasion pour ceux-ci du pire comme du meilleur. Arrêtons-nous sur le meilleur en citant pour exemple le dossier publié par Le Monde et en particulier l'article de Didier Tabuteau⁶. Ses responsabilités anciennes lui donnent du poids et de la légitimité.

Il constate : « *dans un pays dénué de tradition de santé publique, le système d'évaluation et de contrôle du médicament paraît condamné à n'évoluer qu'en réaction aux crises récurrentes qui le prennent en défaut et dont les*

malades sont les victimes ».

Il rappelle avec réalisme un contexte dangereux que nous connaissons bien en cancérologie et plus particulièrement dans la mise en œuvre des Plans Cancer : « *le risque de l'influence, de la collusion et parfois même de la corruption* ».

Mais surtout il se risque à proposer un véritable programme d'action précis et concret. C'est l'un des plus complets et des plus cohérents parmi ceux dont nous avons eu connaissance. Cela mérite reprise et discussion. Nous nous devons donc de le signaler ici car, sans « *nier les avancées des dernières décennies* », « *le système d'évaluation et de contrôle du médicament est confronté à une crise d'une extrême gravité. Le remettre sur le métier est une nécessité* ».

L'Europe et la biologie médicale.

Au-delà du montant de l'amende infligé par l'Europe à l'Ordre national des pharmaciens français pour « *intentions et pratiques commerciales restrictives* »⁷, cette affaire continue d'interroger.

Les vraies questions qu'elle soulève sont bien celles de l'existence ou non d'une spécificité de l'activité médicale d'une part, celles des conditions du maintien, même minoritaire, d'une possibilité d'existence pour les "médecins entrepreneurs" d'autre part. Les deux vont en grande partie de pair. La question trouve réponses positives dans d'autres secteurs d'activité.

Une fois de plus le secteur médical est paradoxal. Personne ne revendique plus fort et ne constate avec autant de dispositifs légaux les spécificités de l'exercice médical. Pourtant le Ministère de la santé est aussi absent sur les conditions concrètes de sa protection et de son organisation pérenne que les autres ministères sont présents sur ces terrains lorsque la question se pose (finance, industrie, transports, agriculture...).

L'Europe nous rappelle qu'il faudrait traiter ces questions au fond, au risque de coûts très importants, pas

seulement en termes d'amendes... Il y a urgence.

Cancer : le malade est une personne : c'est le rappel salutaire d'Antoine Spire et de Mano Siri⁸. Ce livre était attendu.

Les prises de positions d'A. Spire ne laissent pas indifférentes. On peut être agacé ou plus par son militantisme en faveur de l'euthanasie, rester incrédule devant un anticatholiscisme déformant et de caricature qui voudrait nous faire croire que Rome est partout et décide de tout, on peut suspecter ses liens avec les médias...

Il n'en demeure pas moins que son livre est important. Certes, là aussi, on peut être un peu déçu par le fait que, loin des argumentaires fondés et argumentés d'A. Spire au moment de son départ⁹, sa critique de l'INCa s'est émoisée. Certes on peut constater quelques approximations sur les questions médicales ou d'organisation de notre système de soins.

Mais, au total, ce livre est important pour tous ceux qui sont concernés par la cancérologie. Accessible à tous, il faut en recommander la lecture. Il est un des rares à relayer nos alertes sur le dispositif d'annonce tel qu'il a été mis en œuvre, sur l'abandon de l'oncologie médicale. Il plaide pour un retour à la clinique, « *sans rien perdre des avancées techniques* », pour une formation médicale qui fasse toute sa place à la relation et à l'hospitalité, il souligne les risques de refus de la dimension économique... Les auteurs osent une approche globale depuis la prévention jusqu'à la fin de vie et la cancérologie de demain.

Le philosophe François Dagognet, dans sa préface, parle d'un « *livre exceptionnel qui révolutionne ce qui touche à la santé comme à la maladie* », « *d'ouvrage incendiaire* ». Nous n'irons pas jusque-là, mais dire que sa lecture nous est presque indispensable, oui, qu'il faut la recommander fortement à tous les 3C, oui. C'est chose faite...

¹ Institut national de la santé et de la recherche médicale

² Etude présentée lors d'un colloque INSERM le 8-12-2010

³ Cf. Le Quotidien du Médecin du 7-12-2010 : Responsabilité : un médecin ne doit pas outrepasser ses compétences et surtout 9-12-2010 avec les deux articles de Coline Garré, La compétence des généralistes sur la sellette : une bombe dans le jardin de la PDS et de Henri de Saint Roman : Un arrêt lourd de conséquences ?

⁴ Dépêches APM du 8-12-2010 : La FHF et les directeurs d'hôpital jugent "blessante" l'instruction sur le signalement d'erreurs de gestion (SNNL9001 09/12/2010 13:44 ACTU) et du 9-12-2010 : Signalement des erreurs de gestion des hôpitaux : l'ADH proteste également contre l'instruction ministérielle (CBNL8005 08/12/2010 18:25 ACTU)

⁵ Instruction N° 10-023-M21 du 17 septembre 2010 - NOR : BCR Z 10 00075 J - Texte publié au Bulletin Officiel de la Comptabilité Publique du mois d'octobre 2010 - Le devoir d'alerte du comptable - Rappel à tous les agents du secteur public local de l'obligation de signaler à leur hiérarchie tant les infractions pénales et illégalités que les dérives de gestion constatées dans l'exercice de leur fonctions. Les DDFIP sont invités à se rapprocher des autorités administratives et juridictions compétentes pour donner suite aux alertes et à tenir informés les services à l'origine du signalement. Date d'application : 17/09/2010 - ANNEXE : Circulaire du ministre de la Santé et des sports, du ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État N° DGOS/PF1/2010/350 du 23 septembre 2010

⁶ Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé de Sciences Po et du Capps de l'EHESP, directeur général de l'agence du médicament (1993- 1997) : *Renforcer la crédibilité de la sécurité sanitaire - Pour des experts dissidents* - Le Monde du 11-12-2010, p. 24-25, dossier "La France malade de ses médicaments"

⁷ Cf entre autres les 4 dépêches APM du 8 et 9-12-2010, en particulier "L'Ordre des pharmaciens condamné pour restrictions à la concurrence sur le marché de la biologie médicale" (EHLN8006 08/12/2010 15:59 ACTU VIP) et Le Quotidien du Médecin du 10-12-2010 : Biologie médicale - L'Europe inflige une amende salée à l'Ordre des pharmaciens

⁸ Antoine Spire et Mano Siri - "Cancer : le malade est une personne" - Editeur : Odile Jacob - ISBN : 978-2-7381-2477-7 - 262 pages

⁹ A. Spire a été directeur du département de recherches en sciences humaines de l'Institut National du Cancer depuis sa création en 2005 jusqu'à la fin de fin de 2007

**"Il fallait
faire simple,
ne pas s'engager
dans une immense aventure in-
dustrielle mais
partir des médecins"**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/51

Date de parution : lundi 20 décembre 2010

Sujet : **Prises de fonction - A. Eggermont - E. Caniard - X. Bertrand**

Mots types : IGR - Gustave Roussy - Mutualité - Paperasse - Simplification - Médecine de proximité - Médecine libérale

Année 2010 - p. 89/99

Trois prises de fonction justifient particulièrement notre attention.

Monsieur Alexander Eggermont à la tête de l'IGR

L'arrivée de Monsieur Alexander Eggermont est une première. Après de longues hésitations, le cabinet Bachelot a penché pour le recrutement d'un étranger¹ de renom pour diriger le plus gros établissement de cancérologie de France : l'Institut Gustave Roussy. Cet établissement se caractérise, entre autres, par la qualité de ses équipes, un savoir-faire scientifique indéniable, mais aussi, sa faible productivité. Il tient une place dominante dans le système de pouvoir qui régularise le système de santé et dans sa capacité corrélative à capter des financements publics et charitables.

La question qui se pose alors est de savoir à quoi servira surtout l'arrivée d'un grand scientifique doté d'une bonne expérience internationale à sa présidence : à mieux positionner ce leader national au plan international ? A conforter sa position de pouvoir au sein de l'organisation nationale de la cancérologie ? A améliorer la productivité, la "performance", comme on dit maintenant, et la qualité du service offert aux patients ? Ses premières déclarations publiques² sont celles d'un homme qui, en plus des qualités déjà citées, se montre très ouvert. Ses premières priorités sont celles de l'obtention du label d'IHU³, conjoncture oblige, et la mise en capacité de développer les réformes internes nécessaires aux soins personnalisés maintenant possibles. Cette exigence est citée comme un vrai défi pour nous tous. Pour lui, l'avenir est à l'intégration, en donnant à ce mot le sens que nous donnons à l'organisation en réseaux. Le leadership est nécessaire. C'est un art difficile, surtout dans une économie administrée.

Bon vent Monsieur Eggermont !

Monsieur Etienne Caniard à la tête de la Mutualité⁴

C'est un très bon connaisseur du système de santé qui arrive à la tête de la Mutualité. La "Mut" est un mastodonte difficile à gérer, tant elle fédère d'organisations multiples. Sans compter la puissance des réseaux qui l'animent. Il faut donc un grand sens politique pour diriger un tel ensemble, une grande capacité à gérer les hommes et

le temps. De plus, de grandes questions d'orientation se posent à cette nouvelle Présidence. Le développement récent de la Mutualité, hors son champ traditionnel, se fait dans un environnement de conflits d'intérêts forts. Peut-on être à la fois assureur complémentaire et opérateur ? Oui, si l'on se transforme en une sorte de HMO⁵. Non, si l'on "profite" de la puissance financière des sociétaires pour biaiser les lois de la concurrence commerciale. Peut-on continuer à fonder sa légitimité sur une idéologie, celle de la mutualité, et à asseoir une partie de ses capacités commerciales sur le développement et la couverture de systèmes de rémunération pervers et mortifères tels que les dépassements d'honoraires ? Etienne Caniard est un fin connaisseur de notre système de santé. Ses capacités et ses qualités personnelles sont grandes. Le rôle de pionnier qu'il a su jouer sur les points clés de notre avenir (la recherche, la chirurgie ambulatoire, le rôle des patients, le rôle des référentiels et des guides de bonnes pratiques, la création de l'ANAES⁶, le fonctionnement de la HAS, entre autres...) le prépare bien à ses nouvelles fonctions. La Mutualité influence fortement l'évolution, l'organisation et le financement de notre système de santé. Il lui faut une présidence forte, capable de la réorienter, de lui trouver une articulation plus cohérente avec les conditions d'avenir d'un système de santé solidaire qui est, jusqu'à aujourd'hui, l'honneur de nos sociétés.

Bon vent Monsieur Caniard !

Monsieur Xavier Bertrand expose ses intentions et son programme⁷

Il dit vouloir "*marcher sur deux jambes : l'hôpital et la médecine de proximité*". S'il vous plaît, Monsieur le Ministre, nous le savons, comme vos prédécesseurs, lorsque vous dites "*hôpital*" vous dites aussi "*cliniques et hôpitaux privés*", mais, lorsque vous dites "*médecine de proximité*", nous espérons que vous dites aussi "*spécialistes exerçant en cliniques et hôpitaux privés*" sinon, une fois de plus, ils seront oubliés. Depuis le temps que cela dure, vous seriez un "Grand" Ministre si, pour une fois, grâce à vous, ils étaient pris en considération par votre Administration, eux, leurs conditions de travail et leur avenir.



Les médecins en auraient "ras-le-bol des concertations qui dureraient des mois". "L'heure n'est plus aux grandes lois". "En fin de quinquennat, c'est une tout autre logique qui s'impose. Il y aura des mesures rapides, des textes courts d'application immédiate".

L'après-midi du 6 janvier, Xavier Bertrand lancera "le chantier de la simplification, avec l'installation d'une instance qui fera la chasse à la paperasse inutile". Nous savons que le succès en la matière est très difficile. Il y a au moins un double risque d'échec. Il faudra y parer.

- Soit on demande à ceux qui subissent les pressions bureaucratiques de faire des propositions relatives à la "paperasse". Ils ne peuvent toucher au fond des choses et on aboutit donc, dans ce cas, à une liste à la Prévert de petites simplifications, certes utiles, mais néanmoins marginales. C'est sympathique, ça anime, mais c'est très peu efficace.
- Soit on demande à l'Administration elle-même de "simplifier". L'expérience prouve qu'elle complète alors le mille feuilles. Rappelons-nous l'Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 "portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé" !

Si l'on veut vraiment "simplifier", il faut avoir une approche systémique. Il faut alors une volonté politique longue et farouche articulée à une équipe de très bons spécialistes très soutenus dans leur combat contre une Administration forcément très rétive. L'intention ne suffit pas. Souvenons-nous ici de l'engagement de Madame Roselyne Bachelot, très déterminée à faire en sorte qu'à la fin de son mandat il y ait moins de "textes" qu'à son arrivée. On peut légitimement douter que la période "de fin de quinquennat" soit, sur ce point, favorable au nouveau Ministre. Mais l'ambition est belle et nous ne pou-

vons que l'encourager.

Le Ministre avoue un "regret" : "celui de ne pas s'être fié, à l'époque, à sa conviction première qui était qu'il fallait faire simple, ne pas s'engager dans une immense aventure industrielle mais partir des médecins". Nous avons, lors de son dernier mandat à la santé, toute une série de choses simples à mettre en place. Beaucoup étaient soutenues par le Ministre qui s'énervait des pesanteurs de l'Administration ou de l'UNCAM⁸. Selon les cas, il se promettait de les résoudre "dans les 15 jours" ou "d'ici la fin de l'année". Il les retrouvera en l'état. PMSI⁹ descriptif en radiothérapie, reconnaissance du statut d'Etablissement de santé pour les radiothérapeutes, réforme du K 15 pour les oncologues¹⁰, soutien aux inclusions dans les essais cliniques... Les sujets sont nombreux, connus, les dossiers sont prêts depuis longtemps... Mais n'oublions pas aussi les mesures structurelles. N'oublions pas la protection, urgente, des méfaits du système des dépassements d'honoraires. N'oublions pas la nécessaire protection vis-à-vis des bulles spéculatives. N'oublions pas le besoin de textes fondateurs d'une vraie "coopération" qui ne soit pas "aspiration". N'oublions pas de traiter à froid la question du régime des responsabilités d'une "médecine concertée" que nous souhaitons tous et que nous développons tous en cancérologie, sans que la question soit prise en charge... La place nous manque tant il y a à faire, d'utile et de concret, "rapidement", en effet !

Bon vent Monsieur le Ministre !

Bon vent Madame la Ministre !

¹ Alexander Eggermont est néerlandais. Il était en poste à l'University Erasmus Medical Center à Rotterdam

² Les Editoriales : rencontre organisée par Décision Santé le Vendredi 17 décembre 2010

³ IHU : Institut hospitalo-universitaire

⁴ Etienne Caniard a été élu Président de la Mutualité Française pour six ans lors de l'assemblée générale des mutuelles santé mardi 14 décembre 2010. Il succède à Jean-Pierre Davant.

⁵ HMO : Health maintenance organization (USA)

⁶ ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

⁷ Le Quotidien du Médecin n° 8878 du jeudi 16 décembre 2010, p. 2 et 3 : "Entretien avec le Ministre de la santé : Bertrand promet des décisions dès le 6 janvier" - Propos recueillis par Cyrille Dupuis et Karine Piganeau

⁸ UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

⁹ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

¹⁰ Cotation NGAP-CCAM pour les chimiothérapies. Le projet de réforme conçu au début des années 90 par les professionnels et la CNAM prévoyait un paiement au forfait avec une forte incitation à la qualité (cotation doublée sur preuve de passage du dossier patient en réunion en concertation pluridisciplinaire). Le Plan Cancer 2003-2007 reprenait ce projet dans sa mesure n° 51, jamais mise en œuvre alors qu'elle avait été conçue à enveloppe constante et qu'elle ne coûtait donc rien.

Il y a peu
d'hommes ou de femmes
dont on peut dire
que leur œuvre
justifie
leur vie.

C'est le cas de Louis Serfaty

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 10/52

Date de parution : lundi 27 décembre 2010

Sujet : **Louis Serfaty**

Mots types : FIEHP - UHP - FHP - C3P

Année 2010 - p. 91/99

Louis Serfaty nous a quittés.

Alors même que les handicaps de l'âge progressaient, comment ne pas dire que cela est brutal, tant il était encore présent, actif, informé, clairvoyant et entreprenant ! Comment ne pas songer au sourire malicieux qui aurait été le sien si on avait fait remarquer à cet infatigable entrepreneur qu'il nous avait quitté en un temps où beaucoup célèbrent un avènement ! Comment ne pas songer aussi au beau dicton Burkinabé "*un vieillard qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle*"...

Médecin, gestionnaire de clinique, leader syndicaliste, il aimait à raconter son expérience et l'a fait dans un ouvrage "*Une passion, trois métiers*"¹ que nous ne pouvons une fois de plus que recommander ici, tant cette vie d'engagement et de dévouement fut riche.

Il n'y a pas de progrès sans innovation, mais il n'y a pas d'innovation sans combat. Très souvent, il aura été pionnier : cabinet de groupe, création de clinique, formation d'internes, création d'un service de médecine, d'une activité de chimiothérapie ambulatoire, de réanimation, "*l'exercice d'une médecine qui ne peut plus se concevoir sans le réseau*"², la classification des établissements, l'Europe³... Très tôt il comprit que les cliniques étaient des entreprises⁴. Il faisait partie de ceux pour qui la gestion n'a pour but que d'assurer la survie et le développement de l'entreprise, "*pour la satisfaction des patients, mais aussi des professionnels*"⁵.

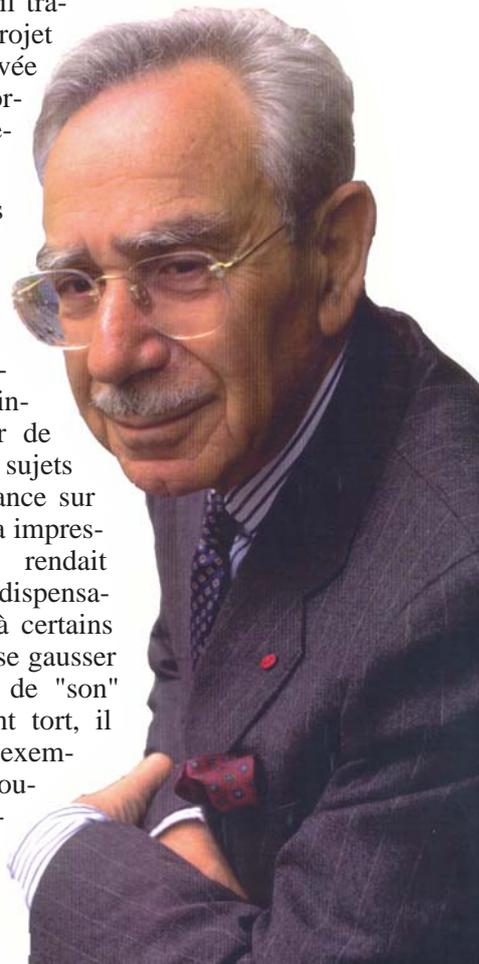
Ce n'était pas un homme de dossiers techniques, mais un homme de contact et de relations. L'économique l'ennuyait souvent mais il percevait bien que sa réduction à la finance spéculatrice était destructrice. Il appréciait le "bien vivre", mais il se méfiait de l'asservissement par l'argent, son indépendance primait. Il percevait que, sur ces questions aussi, les moyens jugent la fin. Les conséquences mortifères pour la médecine libérale du système des dépassements d'honoraires lui apparaissaient donc clairement.

Les progrès réalisés par l'hospitalisation privée ne faisaient que souligner pour lui ce qu'il a toujours considéré comme deux impératifs, il parlait "*d'ardente obligation*"⁶, pour nos entreprises : la formation ("*180 internes formés : pourquoi ai-je été le seul ?*")⁷ et la recherche. Ces

derniers temps il travaillait à un projet d'université privée pour mieux former les médecins.

Bien sûr nous sommes en période de "basses eaux" en termes d'action et de propositions. Cela l'inquiétait car sur de très nombreux sujets il restait en avance sur son milieu. Cela impressionnait et le rendait d'autant plus indispensable. Il arrivait à certains esprits forts de se gausser du vieillard et de "son" C3P. Ils avaient tort, il leur donnait l'exemple avec un courage et une obstination qui auraient dû, au contraire, forcer l'admiration.

Dans sa culture, les hommes et les circonstances comptaient plus pour faire avancer les choses que l'action sur les systèmes ou les structures. Son syndicat, la FIEHP⁸ avait une structure telle que le Président devait en permanence s'imposer aux autres Présidents pour que l'ensemble ait une ligne à peu près cohérente. Il fallait donc être doté d'un grand sens politique. Il avait cette qualité, savait user de patience et tirer profit des circonstances. Cette structure avait été une des causes de la scission de l'UHP⁹, bien avant son arrivée. Elle condamnait la FIEHP à ne rester qu'un syndicat de défense corporatiste. Cela lui convenait, même s'il se voyait plutôt en responsable d'une "*défense professionnelle*"¹⁰.



S'il avait pressenti et organisé la professionnalisation de la gestion des entreprises cliniques (avec des "spécialistes"¹¹), il ne l'a pas voulu pour son syndicat. Cela n'était pas nécessaire compte tenu de ce contexte. *"Lorsqu'on négocie, il vaut mieux ne pas trop connaître le dossier technique, cela permet d'être plus percutant"*. Mais son intuition politique, son sens politique ne le trompaient pas. Ils le faisaient adhérer aux initiatives de ceux qui prônaient une approche plus systématiquement professionnelle, organisationnelle, "système et structure", prenant en compte les impératifs de service public. Ainsi, il a soutenu le sauvetage par le privé du PMSI (*"le PMSI, difficile à comprendre"*¹²), la revendication de la T2A, l'OQN¹³, même tardivement, pour échapper au budget global et ouvrir la voie à une "concurrence fictive", l'échelle commune de référence, la réglementation de la chirurgie ambulatoire, l'approche tarif plutôt que l'approche subvention¹⁴, la création du BAQHP et de l'ADIMEHP, préfiguration de l'ANAES et d'une ATIH¹⁵ qui auraient été ouvertes à l'interprofession, l'accréditation...

Fidèle en amitié, ouvert au dialogue, l'homme était chaleureux et son contact était toujours enrichissant. Pour lui *"l'hospitalisation est une"*¹⁶ et cela rendait les dialogues possibles et exigeants avec tous. La création du C3P était bien dans cette logique fondatrice.

Louis Serfaty a conquis de haute lutte ce privilège de mourir en pleine activité. Malgré son âge, ceux qui l'accompagneront à sa dernière demeure sauront tous qui il était, ce qu'il faisait, pourquoi il se battait encore.

D'où lui venait cette force ? De son histoire et de ses qualités personnelles bien sûr mais aussi du fait que son métier de médecin *"fut un bonheur permanent"*. Il dit qu'il *"n'a pas connu de plus beau métier"*¹⁷. Il aimait donc passionnément son métier d'origine. L'évolution

actuelle l'amenait à poser une question importante. Tous les responsables du "système" devraient essayer d'y répondre : *"Ne devrait-on pas trouver des axes d'intérêt pour l'ensemble de la famille et ne plus compter sur la vocation du médecin ?"*¹⁸. Oui, on ne fait bien que ce qu'on aime. Il est urgent de trouver les organisations, l'environnement, les incitatifs qui redonneront le goût du métier aux jeunes. Il est trop facile de critiquer en disant qu'ils ne pensent qu'à leur confort. Quelles perspectives leur donne-t-on ? En quoi les aide-t-on à trouver la passion qui répondra à la question de fond, "pourquoi soigner ?". C'est en recréant les conditions qui leur feront aimer passionnément leur métier que nous aurons de nouveaux et infatigables Serfaty.

Comment ne pas souligner enfin que c'est aussi un soutien et un ami de toujours de l'UNHPC qui disparaît. Il a toujours été très présent dans ses instances, comprenait et soutenait son approche interprofessionnelle et inter-syndicale. Très tôt initiateur d'activités en cancérologie dans ses établissements, il en percevait la dimension stratégique et l'exprimait à chaque fois qu'il le pouvait. Il a honoré de son amitié les Présidents successifs de l'UNHPC et beaucoup de ses responsables qui trouvaient en lui un soutien fidèle et un conseiller avisé.

Au temps de l'émulation FIEHP-UHP on parlait volontiers de "P'tit Louis". P'tit Louis fut un Grand Homme. Ce Grand Homme n'aimait pas les familiarités et ne s'en permettait pas, par respect pour lui-même et pour les autres. Au nom de l'UNHPC, nous lui disons donc une dernière fois :

"MERCİ PRÉSIDENT !"

¹ Docteur Louis Serfaty, *Une passion, trois métiers*, Préface de Claude Evin, Avant-Propos de Max Ponceillé, Introduction d'Alain Coulomb, Postface de Robert Fonteneau, ISBN2-9524036-9-4, Éditions Fluo novembre 2003

² *ibid* p. 204

³ cf. son action avec l'UEHP (Union Européenne de l'hospitalisation privée)

⁴ *ibid* p. 92

⁵ *ibid* p. 87

⁶ *"C'est aussi la raison pour laquelle, à la fois dans mes fonctions fédérales et encore aujourd'hui, je crois qu'il est possible, qu'il est nécessaire, que c'est une ardente obligation pour l'Hospitalisation privée, que de participer à l'enseignement, à la formation, à la recherche et à l'innovation"*. *ibid* p. 206. cf aussi p. 238

⁷ *ibid* p. 220 *"Ceci a duré quinze ans, soit 180 internes formés. Pourquoi ai-je été le seul ? Je ne le sais pas et ne l'ai jamais compris."*

⁸ FIEHP : Fédération française des établissements d'hospitalisation privée

⁹ UHP : Union hospitalière privée

¹⁰ *ibid* p. 207 - Evoquant la négociation tarifaire qui a existé jusqu'à la fin du tripartisme : *"Tout cela dure trois ou quatre mois, jusqu'à ce que, de guerre lasse, on aboutisse à un compromis, ravaudage justifié par la lassitude de tous plus que par le sentiment d'avoir atteint la vérité et d'appliquer une règle rigoureusement incontestable"*. *ibid* p. 85... Et l'action syndicale : *"Toute l'année ne se réduit pas à ces discussions et ces marchandages. Il faut vivre le courant. Il faut aider les établissements adhérents. Il faut les faire progresser, évoluer, se perfectionner, être efficace"* *ibid* p. 86

¹¹ *ibid* p. 92 - Evoquant le métier de dirigeant de clinique L. Serfaty note : *"tous ceux qui, en ce temps-là, ont dirigé un établissement privé savent combien il était difficile, combien il était à la fois enthousiasmant et souvent décevant"*. *ibid* p. 62

¹² *ibid* p. 83 & 88

¹³ PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information ; T2A : Tarification à l'activité ; OQN : Objectif quantifié national (enveloppe nationale annuelle de dépenses autorisées pour l'hospitalisation conventionnée)

¹⁴ *ibid* p. 229

¹⁵ BAQHP : Bureau d'assurance qualité de l'hospitalisation privée ; ADIMEHP : Association pour le développement de l'information médicale et Économique de l'hospitalisation privée ; ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ; ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

¹⁶ *ibid* p. 226

¹⁷ *ibid* p. 202

¹⁸ *ibid* p. 224

INDEX

A		Budgets sociaux et sanitaires	53
AAI	79, 80	Bulle	72
Abécédaire de la chirurgie ambulatoire	43	Y. Bur	51, 71
Abus	35	C	
Accessibilité	15	Cabinet	45
Accident	27	D. Cadet	55
Accompagnement	33	M. Camdessus	41
Accord-cadre ASN-SFRO	74	Campagne tarifaire 2011	81
ACORESCA	71	E. Caniard	4, 93
Activité de soins	78	CAS	23, 53
AESCO	68	J. Castex	85
AFCA	7, 75, 87	Cataracte	45, 75
AFCOR	74	Centre d'Analyse Stratégique	23, 53
AFSOS	67	Centres autonomes	45, 75
AFSSAPS	63, 73	Centres de radiothérapie	77
Agences	19	Certification	65
N. Albin	23	CH-FO	31
Alcoolisation fœtale	4, 91	P. Champsaur	41
AMA	47, 63	E. Chaney	29
Ambulatory Surgery	75	Changement de gouvernement	83
Amende	91	M. Chassang	67
American medical association	47, 63	Check-list	33, 61, 69
Analyse des rapports de certification	65	Chefs de pôles	27
ANAP	65, 75, 87, 89	Chimiothérapie	25, 27, 81
ANEMF	65	Chirurgie	5, 37, 53, 61
Anesthésie	23, 45, 75	Chirurgie ambulatoire	3, 7, 11, 45, 62, 75, 87, 89
Apprentissage	5	Chirurgie de la cataracte	45
ARS	27, 89	CHU de Barcelone	29
ARS, objectifs majeurs	57	Cigarettes	65
ASCO 2010	47	Circuit du médicament	53
ASIP	75	CISS	35, 67
Ph. Askenazy	29	CJUE	33
ASN	63, 73	Cliniques	65
Ass. nationale des étudiants en médecine de France	65	CLIO	13
Assurance Maladie	41, 68	CME	87
ASTECC	71	CMSS	47
J. Attali	85	CNAMTS	23
Auditions privées (FHP)	79	CNG	25
Autoévaluation	61	CNOI	3, 51
Autorisation	3, 37, 51, 53, 59, 61, 77	Code de déontologie	91
Autorités administratives indépendantes	79, 80	Code de déontologie A. 37	13
B		COG	23
R. Bachelot	7, 41, 85, 94	D. Cohen	29
J. Bagian	63	Collège	9
Baqimehp	65	Commerce	35
I. Bastide	65	Compétence	4, 91
F. Baudier	57	Comptabilité analytique	19
N. Baverez	29	Comptable public	91
G. Bazin	23	Concentration	5
Cl. Bazy-Malaurie	59	Concurrence	87
P. Benkimoun	39	Conflits d'intérêt	47, 86
Ph. Bergerot	51	Conformité	77, 82
Y. Berland	55	Congrès des réseaux	3, 71
N. Berra	83, 85	Congrès des usagers de la FHP-MCO	67
X. Bertrand	83, 93	Conjoncture	73
P. Bey	68, 71	Conseil d'administration de l'INCa	77
Bilans de rentrée	3, 65	Conseil National de Cancérologie (CNC)	9, 19
Biologie	4, 91	Conseil National de l'Ordre Infirmier	51
Bloc opératoire	23	Consommateurs	35
Blocs opératoires ouverts la nuit	65	Consortium international sur le génome du cancer	31
BMJ	33, 53	Contraintes bureaucratiques	76
C. Bohec	71	Contrôles T2A	3, 51
Bonnes pratiques	9	Convention	37
Bouclier sanitaire	69	Convention d'objectifs et de gestion	23
R. Briet	13, 41	Coopération	59, 63
		Coopération entre professionnels	13

Cotation "C"	31	Etat impartial	77
Cotisation	51	Etats généraux de l'anesthésie-réanimation	51
J. P. Cotis	41	Ethique	15
B. Couderc	9	EUDAMED	33
D. Coudreau	65	Europa Donna	73
Council of Medical Specialty Societies	47	Europe	43, 91, 79
Cour de Cassation	91	European Observatory on Health Systems and Policies	90
Cour des Comptes	65	Evaluation	9
Court terme	39	Cl. Evin	65
Coût	15, 19, 67	Exclusivité d'exercice	41
Coûts/avantages	23	Expérience	5
Crise financière	3, 39	Expérimentation	57
Crise identitaire	89		
Critères	61, 77	F	
CRUQPC	67	F. Marmot	53
CSMF	23, 67	Facturation individuelle	57
		Factures	3, 57
D		A. Farge	29
J. Dauplat	71	Fatigue	29
J. P. Davant	79	Fatras administratif et législatif	85
Daysafe	90	E. Favereau	86
DCC	75	FDA	33
Décès	33	R. Feldman	39
Décision santé	69	FFOM	13
Décisions absurdes	17	FHF	23, 41, 85
Déclaration des événement indésirables	63	FHP	65, 79, 85
Décrets autorisation chirurgie et médecine	59	FIDES	57
Décrets GCS	3, 59	Fin de vie	33
Décrets HPST	59	Finances publiques	41
Défiance vis-à-vis des politiques	89	FIQCS	63
J. P. Delevoy	29	FNCLCC	23, 25
Démographie	11	Fonctionnement de l'hôpital	43
Démographie médicale et paramédicale	3, 55	Forfait cancer	13, 17, 23
Déontologie	47	Formation	67
Dépassements d'honoraires	35, 45, 67, 89	Fracture de Monteggia	91
Dépendance	13		
Dérives sectaires	73	G	
Déterminants	7	Gare Montparnasse	41
DGOS	25, 75, 78	Gauche	71
DGS	7	M. F. Gaucher	57
Directeur	27	M. Gauchet	55
Direction	31	GCS	3, 53, 59
Direction d'hôpital	37, 91	Génériques	33
DMP	75	Génome	3, 31
R. Dosière	79	Gestion	27
DPC	9	Gestion documentaire	59
DQPRM	17, 75	GHS	15
DREES	87	Gouvernement	83
Droite	71	Grève	41
		A. Grimaldi	40
E		Fr. Grossetête	79
Ecart moyen indemnisable	15, 18, 19, 31, 67, 79, 81	C. Grouchka	25
Echelle	67	Groupes	53
Economie	39, 53, 72	J. P. Grünfeld	7, 8
Economistes	85	Guichet unique	73
Effet pervers	15, 17	H. Guidicelli	59, 61
EGAR	51	Gustave Roussy	93
A. Eggermont	93		
Egos	31	H	
EHESP	25, 31	Haïti	7
Election	71	HAS	9, 11, 33, 75, 87
EMI	15, 18, 19, 31, 67, 79, 81	Haut Conseil de la Santé Publique	7, 35, 41, 69, 78
Emploi	23, 78	HCSP	7, 35, 41, 69, 78
ENCC	67	L. Hénart	55
ENEIS	87	M. Hirsch	69, 71
Entreprise médicale	87	HMO	93
EOHSP	89	Hôpital	4, 27, 73, 91
Erreur	63	Hôpital chirurgical de demain	76
Esprit (Revue)	71	Hôpital de demain	89
Etablissements	5	Hôpital public	57, 70
Etat	19, 77, 81	Horizon	39

Hospi Diag	66	MECSS	3, 43
Hovhannes	27	Médecin entrepreneur	89, 91
J. Howard	63	Médecine	35, 37, 53, 61
E. Hubert	31, 57, 87	Médecine de proximité	93
I		Médecine libérale	3, 4, 7, 31, 57, 73, 87, 89, 93
IAAS	75, 87	Médecins généralistes face au cancer	73
ICGC	31	Mediator	4, 85, 91
IGAS	41	Médicaments	11, 33, 51, 91
IGR	93	Métiers	3, 31, 75
Y. Illich	71	MIGAC	23, 71, 81
Impartialité	77	D. Migaud	66
INCa	9, 17, 61, 73 à 75	Mission d'accompagnement	61
Incitatifs	33	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale	43
Indépendance	51	Missions	3, 21, 55 57
Indicateurs	7, 31, 53	MIVILUDES	73
Inégalités de santé	7	J. C. Moisdon	41
Inégalités face au cancer	73	Monopoles	39
Infirmière de coordination	13	Montauban	31
Infirmiers anesthésistes	3, 41	Ch. Morel	17
Innovations	89	E. Morin Chartier	79
INSERM	91	M. Mougeot	39
Inspection	61, 77	Mutualité	79, 93
Institut Montaigne	53	N	
Inter Syndical National des Internes des Hôpitaux	84	NASA	63
Intérêt public	82	National confidential enquiry into patient outcome and death	63
Internes	65	NCEPOD	63
Interprofession	47	NDMI	61
Inventions	4, 89	Négociation	35
Investissement local	78	New Dehli metallo bêta lactamase de type 1	62
IOM	90	Nice (UK)	33
IRDES	5	Nomination	51
IRSN	73	Numerus clausus	87
ISNIH	83	O	
J		Obama	25, 47
L. Jouffroy	23	Observatoire	33
Journal of patient safety	63	Observatoire de la démographie des professions de santé	55
K		Octobre rose	73
K15	15, 83, 94	Office based	45
Krachs	72	Onco'Scopie	47
Y. Krakowski	68	Oncologie	15
L		Oncologie médicale	11, 19, 87
L'Express	69, 74	ONDAM	71
La Timone	27	ONDPS	11
Laboratoires	47	Ophtalmologie	75
Laboratoires en France	65	Orbec	89
F. Lara	51	Ordre	13
Le Monde du 11 mai : dossier sur l'hôpital	39	Organisation du système	39
Cl. Lefort	3, 73	J. P. Ortiz	23
Legifrance	11	P	
Légion d'honneur	3, 57	P. Fumoleau	47
M. Legmann	7, 11, 13, 21, 23, 31	Palmarès	3, 69
G. Lenoir	51	Pandémie grippale	61
J. Leonetti	85	Paperasse	93
Fr. Léotard	21	Patient safety	63
Ligue contre le Cancer	3, 25, 51, 73	Patient Safety and Quality Improvement Act	63
Liste d'attente	15	Patient safety evaluation systems	63
Liste en sus	11, 13, 17	Patients	35, 67
Lycées	31	M. Pépin	41
M		Performance	39
Cl. Maffioli	25	Perspectives	29
D. Maraninchi	17	Peur	77
Masse salariale	23	J. Peyrelevade	39
Matériels et dispositifs	33	Plan Cancer	15, 19, 79
J. F. Mattei	35	Plan Cancer, une référence ?	79
McKinsey	55	Planification	29
		PLFSS	67, 79

PLFSS 2011	71	D. Schnapper	55
PMSI	41, 74	J. Schumpeter	89
Politique structurelle	39	Secteur 2	35, 45, 67, 89
Polyclinique de Navarre	57	Secteur privé à l'hôpital	35
Pont de Chaume	31	Sécurité	51, 73
Président de la République	21	Ph. Séguin	66
Prises de fonction	4, 93	J. L. Servan-Schreiber	39
Prix	15, 19, 67	Service public	51
Prix des cigarettes	65	Seuil	5, 37
Prix provisoire	13	Seuils de chirurgie	51
Procédure collégiale	13	Séurité	45
Production réglementaire	53	SFAR	23, 51, 69
Productivité	53	SFRO	73
Professions intermédiaires	55	Simplification	93
Prospective	89	M. Siri	91
Prostate	23	SML	23
Protection des déclarants	63	Soins de support	19, 67
PRS	89	Soins palliatifs	81
PSA	23	Solidarité	35
PSES	63	Soutien financier aux projets de coopération	63
PSQIA	63	Spécialistes libéraux	89
Publication	91	Spéculation	53
		A. Spire	91
Q		Stages dans le privé	65
Qualité	5, 73	G. Stern	39
Quality	23	Stratégie	29, 39
Que Choisir	35		
		T	
R		T2A	11, 19, 41
R. Aubry	33	Tabac	65
RAC	35	Tableau de bord (réseaux)	55
Rachat	53	D. Tabuteau	67, 69, 91
Radiophysiciens	17	Tâcheron	13
Radiothérapie	73, 81, 94	Taille	5
Rapport	79	Tarif	15, 67
Rapport d'activités	65	Tarif identique	87
Rapport Elisabeth Hubert	87	Tarification de la chimiothérapie	17, 19
Rapports au Parlement	77	Taxe nutritionnelle	70
Rapports officiels	41	Teinturier	71
Réflexion stratégique	3, 53	S. Thellier	74
Réflexions	29	To err is human	63
Refondation	29	Too big to fail	39
Réforme USA	25	Topique (anesthésie)	75
Région	39	A. Touraine	73
Règlement arbitral	37	V. Trillet-Lenoir	9, 33
Réglementation	3, 51, 59		
Régulation	15, 17, 39	U	
Remboursement	68	UEHP	43
Rémunération	39	UMESPE	23
Rencontres UNHPC 2010	31	UNHPC	35
Rentrée	65	Union Européenne de l'Hospitalisation Privée	43
Repos	73	URML	87
Réseaux régionaux de cancérologie	55	USA	25, 33
Reste à charge	35	USP	81
Restructuration	5, 61		
Résultats	5, 31	V	
Réunions	3, 73	Vade-mecum	7
Réussite au bac	31	Valeur	29
J. Fr. Rey	23	G. Vallancien	59, 61
Rigueur	39	I. Van Praagh	71
Risques	51, 53	Ch. Vanneste	79
J. Rohack	47	Vichy	71
RRC	55	Visiste de conformité	37, 61
RRC d'Ile de France	75	Volume d'activité	5
		Volume du droit	11, 85
S			
Sanctions	51	W	
Santé publique	91	E. Woerth	13
Santéclair	35	Workforce	55
P. Sargos	35	S. Wright	89
N. Sarkozy	7, 21, 85, 89		

Les applications UNHPC pour iPhone, iPod Touch et iPad

Ne vous en privez pas !

Téléchargeables gratuitement sur l'App store d'iTunes

Description complète sur demande à :
medibrev@orange.fr



MediSigles[©]
Dictionnaire
des sigles médicaux
35.700 sigles utiles
pour se repérer
dans le système de santé

Le plus gros dictionnaire spécialisé au monde. Un gros succès international.

Recherche sur le sigle ou sur sa signification (pour retrouver une société savante, un journal, un score...)

Indépendant d'Internet, mais si vous avez une connexion, propose une recherche directe du sigle sur Wikipedia et de la signification sur Google : une garantie de pages homogènes

MediSigles est un véritable outil de travail que vous utiliserez en permanence, en réunion, au cours de la lecture d'un article, pour suivre un exposé, pour vos recherches personnelles. Toujours à portée de main, il vous fera gagner un temps précieux.

T2ATarifsMCO[©]
Les tarifs T2A
des hôpitaux et cliniques en
médecine, chirurgie,
obstétrique
France entière

Chaque tarif est directement accessible par le n° de GHM, le n° de GHS ou un mot caractérisant le motif de l'hospitalisation ou de la prestation.

2.577 fiches tarif applicables à partir du 1^{er} Mars 2010.

Les tarifs "publics" et "privés" correspondant à un même GHM sont présentés sur la même fiche.

Données reprises de l'arrêté fixant pour l'année 2010 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la LFSS.

Janvier 2011 : nouvelle version enrichie

CITATIONS Q-H[©]
Dictionnaire de définitions
et de citations
relatives à la
qualité hospitalière

Citations Q-H est un très gros dictionnaire de termes significatifs de la qualité hospitalière et de la gestion des risques en établissements de santé - hôpitaux et cliniques, centres de radiothérapie... -.

Il propose plus de 8.000 citations qui sont majoritairement des définitions, mais qui sont aussi des opinions significatives sur un des aspects de la qualité hospitalière.

L'équivalent de plusieurs dizaines de livres sous la main, consultables en temps réel (sans recours à Internet) !

