

Cette semaine, entre autres...

Les chroniques hebdomadaires de l'UNHPC

Tome III
2011



Cette semaine, entre autres...

**Les chroniques
hebdomadaires
de l'UNHPC**

Tome III
2011



Union Nationale
Hospitalière Privée
de Cancérologie

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

Cette semaine entre autres...

Avant-propos

Voilà un peu plus de deux ans que, chaque lundi ou presque, paraît, à destination de nos adhérents, la **Chronique de l'UNHPC**, sous le titre générique "**Cette semaine entre autres...**". Elle propose une reprise partielle de quelques faits marquants de la semaine, avec l'éclairage de l'UNHPC.

En effet, l'extraordinaire foisonnement de lois, règlements, directives, guides de toutes natures, colloques, publications, événements, déclarations, informations concernant directement nos pratiques et nos établissements exige une tentative de synthèse, de mise en perspective hebdomadaire, afin de mettre en exergue certains éléments parmi les plus importants.

Elles sont, avant tout, une "*défense et illustration des métiers de la cancérologie*". Elles correspondent à une certaine vision de la médecine et sont en harmonie avec l'orientation stratégique voulue par les créateurs de l'UNHPC en 1975 et toujours défendue depuis.

En fait ces chroniques sont lues très au-delà du cercle des adhérents. Une liste de diffusion spécifique a donc été ouverte pour tous ceux qui le souhaitent. Ils sont de plus en plus nombreux.

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

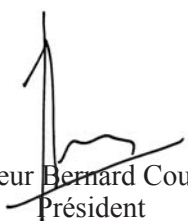
C'est ainsi que vous trouverez dans les pages ci-après la reprise des 50 chroniques parues en 2011.

Mais cette année, une publication sous forme de livre a également été faite avec l'ensemble de ce qui est paru ces trois dernières années. La présentation chronologique hebdomadaire d'origine y est gardée, mais nous l'avons fait précéder d'un index par mots clés.

Nous ne doutons pas que ce livre élargisse encore le cercle des lecteurs intéressés et qu'il sera utile en cette période de débats où chacun aura à se positionner sur les choix d'orientation importants qui attendent notre système de santé. Il est, lui aussi, téléchargeable sur notre site.

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

Vendredi 30 Mars 2012



Docteur Bernard Couderc
Président



G. Parmentier
Secrétaire National



Table¹

Avant-propos	5
Index :	9
0 - lundi 3 janvier 2011 : Vœux pour la prochaine décennie	14
1 - lundi 10 janvier 2011 : UNHPC	16
2 - lundi 17 janvier 2011 : Pharmacovigilance et autres débats	18
3 - lundi 24 janvier 2011 : Assistance médicalisée pour mourir	21
4 - lundi 31 janvier 2011 : Hésitations sur plusieurs sujets	23
5 - lundi 7 février 2011 : MIG forfait cancer - Rapports et publications	25
6 - lundi 14 février 2011 : Dépassements	27
7 - lundi 21 février 2011 : Dispositif d'autorisation de l'activité cancer	29
8 - lundi 28 février 2011 : Arbitrages de la campagne tarifaire 2011	33
9 - lundi 7 mars 2011 : Conflits d'intérêts, éthique et bonnes pratiques	37
10 - lundi 14 mars 2011 : Coopérations	39
11 - lundi 21 mars 2011 : Niveaux d'environnement en chirurgie	42
12 - lundi 28 mars 2011 : Coût de l'innovation, efficacité du système	46
13 - lundi 4 avril 2011 : Quelques sujets d'étonnement	50
14 - lundi 11 avril 2011 : L'Etat, la réforme, la coopération, la comptabilité	52
15 - lundi 18 avril 2011 : Dépassements, Unicancer, Primo-prescription, USA	55
16 - lundi 25 avril 2011 : Régulation, droit, société et pratique professionnelle	58
17 - lundi 2 mai 2011 : Le nouveau dispositif d'autorisation	61
18 - lundi 9 mai 2011 : Indicateurs et information du public et de la presse	64
19 - lundi 16 mai 2011 : Réflexions nouvelles sur notre avenir commun	67
20 - lundi 23 mai 2011 : Les procédures, le normatif	70
21 - lundi 30 mai 2011 : Fonctions transversales : subvention ou tarif ?	74
22 - lundi 6 juin 2011 : Publications américaines, dépassements, formation	79
23 - lundi 13 juin 2011 : Miviludes, Innovation, Soigner le système	82
24 - lundi 20 juin 2011 : Démographie, Oncologie, Concurrence	86
25 - lundi 27 juin 2011 : Spécialisation - Réforme de la pharmacovigilance	89
26 - lundi 4 juillet 2011 : Adresse aux jeunes médecins	92
27 - lundi 11 juillet 2011 : Ordre infirmier et rapports importants	97
28 - lundi 18 juillet 2011 : Convention - PPL Fourcade - Dette - Incongruités	104
29 - lundi 25 juillet 2011 : Nouvelle convention - Chirurgie ambulatoire - MIGAC	108
30 - lundi 1er août 2011 : La CNAM informe le public sur les établissements	113
33 - lundi 22 août 2011 : L'IRSN, la radiothérapie et l'évaluation des politiques publiques	117
34 - lundi 29 août 2011 : Bilan de l'été	121
35 - lundi 5 septembre 2011 : Débats, mutuelles, fin de vie	126
36 - lundi 12 septembre 2011 : Rapport 2011 de la Cour des Comptes	129

¹ L'UNHPC n'a pas diffusé de chronique les 8 et 15 août ainsi que le 26 décembre 2011

37 - lundi 19 septembre 2011 : Indignations	133
38 - lundi 26 septembre 2011 : Découragements	138
39 - lundi 3 octobre 2011 : T2A	141
40 - lundi 10 octobre 2011 : Quelques centres d'intérêt de la semaine	147
41 - lundi 17 octobre 2011 : Urgence en anapath	151
42 - lundi 24 octobre 2011 : La dette, la crise, la dette	157
43 - lundi 31 octobre 2011 : L'hôpital et sa réforme	162
44 - lundi 7 novembre 2011 : Gestion et évaluation	167
45 - lundi 14 novembre 2011 : Connaissance de nos métiers	171
46 - lundi 21 novembre 2011 : Quelle image de nous !	176
47 - lundi 28 novembre 2011 : Deux initiatives C3P Nanomédecine	181
48 - lundi 5 décembre 2011 : Brèves d'actualité - Elections	185
49 - lundi 12 décembre 2011 : Avenir de nos métiers, avenir du système	191
50 - lundi 19 décembre 2011 : Institutions et cancérologie	195
52 - lundi 2 janvier 2012 : Tous nos vœux pour une année difficile	199
Présentation des applications iPhone de l'UNHPC :	208

INDEX

A

Académie de chirurgie	27
Académie de médecine	46
Accessibilité	25, 64
Accord conventionnel	108, 121
Accord du 4 avril 1991	23, 142, 144
Accréditation	29, 35, 43
Achats	147
Acheteur intelligent	29
ACO (Accountable care organization)	83, 86
Actes interventionnels	42
Activité cancer	29
Activité de soins	29
Activités	113
Administration	176
ADSP (Actualité et dossier en santé publique)	25
AERIO (Association d'enseignement et de recherche des internes en oncologie)	18, 55
AFCA (Association française de chirurgie ambulatoire)	18, 27
AFSOS (Association francophone pour les soins oncologiques de support)	21
AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé)	18, 27, 89
Agences	200, 203
Agences sanitaires	97
AGHL (Association des médecins généralistes en hôpital local)	21
Agrément	29
M. Alliot-Marie	27
Allocation de ressources	203
Ambulatoire	42
Ameli	113
ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)	29
ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux)	39, 64
Anatomocytopathologie	27, 151, 162, 176, 195, 199
Anesthésie	42, 45, 58, 101, 112, 138, 163, 173, 176, 188
Anesthésistes	171, 172
Angleterre	86
Année des patients	199
ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament)	89
M. Aoustin	141
Appel Thorens-Glières	67
Appels à projets	121
Apple	82
Arbitrages	33
ARS (Agence régionale de santé)	29, 74
Articles scientifiques	162
Asclépiades	79
ASCO (American society of clinical oncology)	86
ASMR (Amélioration du service médical rendu)	138
ASN (Autorité de sûreté nucléaire)	97
Assises du médicament	82
Assistanat	67
Assistance médicalisée pour mourir	21
ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)	64
Atlas	86
Autorisations	23, 31, 38, 42, 56, 61, 76, 105, 110, 163, 199
Autorités administratives indépendantes	99
Avenir	92

Avenir commun	67
Avenir de nos métiers	191
Avenir du système	191

B

R. Bachelot	27, 50
M. Ballereau	58
G. Bapt	79
F. Baroin	27
Ph. Bataille	126
Bayonne	126
G. Bazin	58
Belgique	171
A. Bénichou	58
N. Berra	50
D. Berthiau	126
X. Bertrand	23, 27, 79
D. Berwick	58, 87
Bientraitance	35
Bilan	121, 199
Bonnes pratiques	37
Bouclier sanitaire	66, 129, 139, 158, 159, 161, 187, 201, 203, 206
Fr. Bourdillon	133
Y. Bur	97
Bureaucratization	50
Ph. Burnel	176
A. Buzyn	195

C

C3P (Club perspectives public privé)	162, 181
D. Cameron	86
Campagne tarifaire	33, 51, 75
Canada	35
Cancérologie	195
Cancers rares	151
E. Caniard	71, 126, 159, 201
Capacité de réforme	82
Capital	64
R. Cash	25, 74, 97
R. Cayrol	52
CBU (Contrat de bon usage)	33
CCAM (Classification commune des actes médicaux)	200
CCNE (Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé)	128
Certification	29, 61, 130
CFDT (Confédération française démocratique du travail)	126
CH (Centre hospitalier)	29
J.-M. Chabot	37
Chaînage	74
Check-list	61, 70, 79, 94, 166
F. Chèreque	126
B. Chéru	167
Chimiothérapie	16, 46
Chine	52
Chirurgie	42
Chirurgie ambulatoire	18, 33, 50, 108, 185, 199
Chirurgie lourde	79
Chirurgie oncologique	25

Choisir	113	Dispositif d'annonce	74, 167
CHU (Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire)	29, 113	Dispositif d'autorisation	29, 61
CISS (Comité interassociatif des usagers du système de santé)	126	Dispositifs médicaux	42, 129
CLAHP (Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée)	42	Distances	33
Classement	64	J. P. Door	52
F. Clergue	70	Double lecture systématique	151
Cliniques	14, 162	DQPRM (Diplôme de qualification en physique radiologique et médicale)	121
F. de Closets	157	DREES	
CME (Commission médicale d'établissement (établissements publics) -		(Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)	33, 97, 185
Conférence médicale d'établissement (établissements privés))	58, 113	Droit	58
CNAM (Caisse nationale d'assurance-maladie)	25, 82, 89, 97, 113	Droits des patients	33
CNC (Conseil national de cancérologie)	18, 42, 167, 195		
CNEC (Collège national des enseignants de cancérologie)	55	E	
CNOI (Conseil national de l'ordre infirmier)	50	Economie	176
CNOM (Conseil national de l'ordre des médecins)	21, 22, 55, 86, 126, 147	Editions	121
CNPS (Centre national professions de santé)	42	Efficience du système	46
CNU (Conseil national des universités)	55	Egalité	133
Collège des DARS	185	Egypte	27
Comité national de suivi radiothérapie	195	EHESP (Ecole des hautes études de la santé publique)	97
Communication	16, 162	Elections	185, 191
Compétence	52	EMI (Ecart moyen indemnisable)	16
Comptabilité	52	Emprunts à risque	147
Concurrence	86	Environnements techniques	42
Conflits d'intérêts	23, 37, 147, 185, 200	Episode de soins	129
Congrès	138, 167	Essais cliniques	83
Contrat	58	Etablissements de santé	64
Contrat d'objectifs et de performance	19	Etablissements support	25
Contrat de bon usage	34	Etat	14, 52
Contrôles T2A	199	Ethique	37
Convention	104, 200	Etudes et Résultats	185
Convergence	129	European Journal of Cancer	171
Coopération	39, 52, 86, 129, 176	European Observatory	46
B. Couderc	151, 167, 195	Euthanasie	21, 23, 126, 171
A. Coulomb	67, 142, 181	Evaluation	46, 61, 89, 167
Cour des Comptes	104, 129	Evaluation des politiques publiques	117
C. Courrèges	195	Evaluation économique	25
Coût	46	P. Even	42
E. Couty	82	Evénements	121
Cowboys	92	Evénements indésirables	72, 83, 118, 196
CPOM (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens)	138, 180	Cl. Evin	23, 126, 185
Crise	14, 157, 199	Evolution	92, 191
Critères	29		
CSMF (Confédération des syndicats médicaux français)	104, 108	F	
S. Culine	25	E. Favereau	126
Cumul d'activité	147	Fédérations	181
Ph. Cuq	185	FEHAP	
		(Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne)	29, 191
D		FFCLC (Fédération française des centres de lutte contre le cancer)	55
Débats	126	FHF (Fédération hospitalière de France)	42, 50, 67, 185
B. Debré	42	FHP (Fédération hospitalière privée)	16, 52, 58, 67, 147, 157, 176
Décennie	14	FHP-MCO	
Déclaration	185	(Fédération hospitalière privée - Syndicat des cliniques MCO)	16, 67, 157
Délais	59, 61, 114, 191	File active	25, 74
Démographie	86	Filières	185
Dénonciations	162	Fin de vie	126
Dépassements d'honoraires	27, 55, 79, 108, 133, 147, 200	Financement	67
Ch. Descours	79	FIQCS	
Dettes	104, 126, 157, 167	(Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins)	122, 138
DGOS		FIR (Fonds d'intervention régional)	138
(Direction générale de l'offre de soins)	18, 27, 39, 42, 55, 61, 64, 74, 82, 108	P. Flamant	55
DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins)	29	FMESPP	
Disparités	147	(Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés)	122, 138

FMI (Fonds monétaire international)	113	Infirmières	171
FNCLCC (Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer)	29	Information du public	64
Fonctions transversales	74	Informatisation	14
Forfait cancer	25, 74	Injonction	61
Formation	79, 89	Innovation	46, 82
J.-P. Fourcade	50, 97	Institutions	195
V. Fournier	126	Instruction	33
FSM (Fédération des spécialités médicales)	185, 195	Internes	42, 79
G		InVS (Institut de veille sanitaire)	89
A. Gawande	92	IOM (Institute of medicine of the national academies)	55, 79, 129
GCS (Groupement de coopération sanitaire)	39, 52, 176	IRSN (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire)	117
Généralisations	92	V. Izraël	147
Génome	14	J	
Gestion	52, 167, 176	JALMAV (Jusqu'à la mort, accompagner la vie)	21
J. Gligorov	25	JCO (Journal of clinical oncology)	46, 171
O. Goëau-Brissonnière	195	JEPU (Journées d'études post-universitaires d'anesthésie et de réanimation)	58
Gouvernance	162	Jeunes	21
B. Granger	191	Jeunes médecins	92
Grève	185	S. Jobs	123
A. Grimaldi	133, 191	G. Johanet	33
Groupe Vedici	181	E. Joly	27
J. P. Grünfeld	151	Justice	171
M. Guérin	171	Ph. Juvin	185
Guide méthodologique	39	K	
M. Guiu	151	K15	16, 31, 77, 83, 86, 109, 144, 200
H		J. de Kervasdoué	18, 25, 27, 96, 123, 129, 141, 143
HAD (Hospitalisation à domicile)	121	B. Kouchner	157
J. L. Harousseau	129	L	
HAS (Haute autorité de santé)	25, 42, 46, 126, 129	G. Larcher	58
HCAAM (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie)	25	Le Bloc	108, 185
HCSP (Haut conseil de santé publique)	33	D. Le Bœuf	97
Hébergement	104	Le débat	191
Hébergement de données de santé	121	Ch. le Dorze	58
Hébergements alternatifs	101	Légion d'honneur	141
M. de Hennezel	126	J.-M. Le Guen	157, 185
Ch. Hervé	37	Le Monde	176
Heures supplémentaires	50	Cl. Le Pen	191
E. Hirsch	37	Les Gracques	157
M. Hirsch	37	A. S. Lichter	86
Hôpital en réanimation	176	Liens d'intérêt	147, 162
Hôpital public	14, 162, 185	Liste en sus	50
Hospita-Diag	64, 113	Loi Evin	23
Hospimedia	58	Loi Léonetti	171
HPST (Loi hôpital patient santé territoire)	52	A. Loth	33, 52
E. Hubert	58	Lymphomes	151
J. P. Huchon	23	O. Lyon-Caen	191
J. J. Hyest	23	M	
I		MACSF (Mutuelle d'assurance du corps de santé français)	104
IAAS (International association for ambulatory surgery)	67	Magistrats	171
IGAS (Inspection générale des affaires sociales)	18, 42, 52, 97	D. Maigne	55, 129
Ile-de-France	23	Malades mentaux	23
Imagerie médicale	97	Malaise	176
IMRT (Intensity-modulated radiation therapy)	46	Manifeste	133
Inadéquations hospitalières	148	Marges de manœuvre	74
INCa (Institut national du cancer)	18, 27, 29, 55, 61, 104, 151, 195	L. Martin	167
Incitatifs tarifaires	97	Maternités	147
Incongruités	104	G. Mathé	25
Indicateurs	55, 64, 167	D. Mathus	23
Inégalités de santé	25		

MD Anderson	55	Physiciens	199
Médecin	191	B. Pitcho	37
Médecine	92	Plan de santé publique	121
Médecine du travail	121	Plan obésité	123
Médecine libérale	21, 86, 199	Planification	52, 199
Médecines non conventionnelles	82	Plateforme	191
Mediator	18, 90, 200	Platines	64, 113
Médicaments	42	PLFSS (Projet de loi de financement de la sécurité sociale)	97, 138, 162
J. Ménard	37	PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information)	25, 141
Méthode	74	PNNS (Programme national nutrition santé)	123
Métiers	14, 171, 191	A. Podeur	157, 171
MG-France	108	Pôles régionaux	25
MIG (Mission d'intérêt général)	25, 74	PPL Fourcade	97, 101, 104
Migac (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation)	33, 108, 121	Praticiens	113
D. Migaud	129	Pratique professionnelle	58
MIRP (Minimally invasive radical prostatectomy)	46	Préalable	29
Mission	162	J. L. Préel	79
Missions de service public	50	Présidentielles	185, 191
MIVILUDES		Primaires	147
(Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires)	82	Primo-prescription	24, 31, 55
Modèle	74	Principe de précaution	18, 25
Modes de rémunération	108	Prison	23
Molécules onéreuses	46	Prix	113
Mourir	21	Procédure	29
MT2A (Mission tarification à l'activité)	33	Procédures de certification des comptes	70
Mutualité française	126	Procédures de rémunération	70
Mutuelles	126	Procédures et qualité des résultats	70
		Procédures judiciaires	70
N		Procédures sécurités	70
Nanomédecine	181	Productivité	33, 113, 147, 171
NEJM (New England journal of medicine)	79	Produits et charges	97
New England	129	Programmes	185, 199
NHS (National health service)	46	Propositions	199
Niveaux d'environnement	42	Prospective	82
Normatif	70	Prostate	46
Nouvelle Convention	108	Protection sociale	201
J. Nouzarède	181	Publication	176
		Publications américaines	79
O		L. Puybasset	126
Octobre Rose	151		
Oncologie	25, 46, 55, 83, 86, 108	Q	
ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance-maladie)	33	QOPI (Quality oncology practice initiative)	86
ONFV (Observatoire national de la fin de vie)	21, 126	Qualité	86, 117
ONI (Ordre national des infirmiers)	97, 123	Qualité des soins	35
OQOS (Objectif quantifié de l'offre de soins)	23	Qualité perçue	33
Organisation	171, 176		
Osmo (Onco site management organisation)	181	R	
		Radioprotection	101
P		Radiothérapie	46, 117
Panier de soins	147	Rapport	42, 97, 117, 121, 167
Parcours de soins	89	Rapport Sauvé	23
Partenariat	67	Rapport sectoriel	67
Parts de marché	185	Rapports au Parlement	162
Payment advisory board	83	RCM (Responsabilité civile médicale)	34
Pays-Bas	171	RCP (Responsabilité civile professionnelle)	200
PBR (Payment by results)	46	RCP (Réunion de concertation pluridisciplinaire)	74
PCT (Primary care trusts)	86	Recherche	182
PDESSES (Permanence des soins en établissements de santé)	42	Recommandations	61, 86
Performance	46	Réflexions	67, 138
Permanence des soins	200	Réforme	52, 162, 199
Perspectives	199	Réforme de la pharmacovigilance	89
Pertinence des actes	70	Réformes de structure	129
Pharmacovigilance	18		

Réglementation	121, 167	R. Soubie	157
Regroupements	25	Spécialisation	89
Régulation	58, 203	SROS-PRS	
J. Reiffers	55	(Schéma régional d'organisation des soins - projet régional de santé)	121
Réseaux	167	SSPI (Salle de surveillance postinterventionnelle)	162
Réseaux mutualistes	67	Stages	79
Résistance	67	Stagiaires	121
Responsabilité	58	Subvention	25, 74
Reste à charge	64, 113, 129	Suicide	21
Restructuration	147	Suicide assisté	126
Résultats médicaux	29	Syndicalisme	16
Revenus libéraux	67	Système	46
Revue de morbidité	167	Système de santé	82
Rigueur	167	Système d'information	34
M. Rocard	52	Système hospitalier	199
Rouen	167		
J. Rouëssé	46	T	
Ph. Rougier	18	T2A (Tarification à l'activité)	141, 176
F. Rouillon	138	Tabac	23
RRC (Réseau régional de cancérologie)	25	D. Tabuteau	133, 191
		Tarif	33, 74, 199
S		Tarif identique	50
Samu social	104	Taxe	126
Santé	55	Télévision	171
Santé publique	108, 123	S. Thellier	117
Ch. Saout	126	L. Thomas	92
Second avis	151	Traitement du cancer	29
Sectes	82	Transmission d'informations	33
Secteur optionnel	108, 133	Travail	92
Secteur privé	14	V. Trillet-Lenoir	167, 195
Sécurité	117	TSCA (Taxe spéciale sur les conventions d'assurance)	126
Sécurité des soins	147	Tunisie	27
Sécurité sanitaire du médicament	121	Tutelle	61
Sécurité sociale	129		
Sénat	21, 23	U	
L. Serfaty	162, 181	UK (United Kingdom)	46, 50
D. Serin	25	UMESPE (Union nationale des médecins spécialistes confédérés)	18
Service public	176	UMP (Union pour un mouvement populaire)	52
Seuils	104	UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance-maladie)	42, 108
SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs)	21	UNHPC (Union nationale hospitalière privée de cancérologie)	16, 29
SFAR (Société française d'anesthésie et de réanimation)	21, 162	Unicancer	55
SFGG (Société française de gériatrie et de gérontologie)	21	UNOCAM (Union nationale des organismes d'assurance complémentaire)	133
SFH (Société française d'hématologie)	21	USA	33, 55, 79, 82, 129, 147
SHA (Strategic health authority)	86	S. Uzan	181
D. Sicard	37		
Signature	162	V	
Simplification	29	G. Vallancien	138, 191
Site Internet	113	F. Valletoux	185
SML (Syndicat des médecins libéraux)	55, 108	F. van Rookeghem	104
SMPF (Syndicat des médecins pathologistes français)	151	Vigie radiothérapie	122
SNATIH (Système national d'information sur l'hospitalisation)	64	Visite de conformité	61
SNCF (Société nationale des chemins de fer)	185	Vœux	199
SNPHAR-E		Volume d'activité	79
(Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargi)	176		
Société	58	W	
Soins	33	J. White	27
Soins de support	74		
Soins palliatifs	18, 21, 23, 171, 200	Y	
Solidarité	133	Yondelis	31
N. Sornin	191		
		Z	
		E. Zerhouni	92
		C. Zhu	52

La décennie ne sera pas facile.
Le secteur privé saura-t-il jouer son rôle ?
Cela vaut bien de partager des vœux sincères !

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/00

Date de parution : lundi 3 janvier 2011

Sujet : **Vœux pour la prochaine décennie**

Mots types : Crise - Etat - Secteur privé - Cliniques - Hôpital public - Informatisation - Génome - Métiers

Année 2011 - p. 14/210

L'expression des **vœux** est toujours délicate. Bien sûr nous vous exprimons tous nos vœux pour vous, vos équipes, le développement pérenne de vos entreprises. C'est le plus important.

Mais on peut aussi reprendre une litanie de choses qui paraissent "normales" mais qui n'adviennent pas parce que l'Etat ne fait pas ce qu'il faut. Au fil des ans, des dossiers comme celui de la réforme du K15, du PMSI en radiothérapie ou la qualification d'Établissements de santé des centres de radiothérapie sont devenus tellement caricaturaux qu'on hésite à les nommer ici. Disons-le, sur ces sujets, on n'est plus dans les vœux, l'Etat doit retrouver la raison.

Mais surtout, cette nouvelle année est un peu particulière. Nous changeons de décennie.

Tentons bilans et perspectives !

Avec le recul, **les années 90** apparaissent comme des années où le secteur privé a su être de grande influence. Les enjeux étaient clairs et assumés. Pour exister il fallait savoir qui faisait quoi et où en France. Pour échapper au budget global et être payé pour ce que l'on faisait, il fallait être capable de le dire. Le PMSI a été sauvé, la T2A promise, le "chaînage" inventé, l'ANAES créée, l'OQN mis en place, les restructurations résultant de la concurrence fictive, la chirurgie ambulatoire... le privé était le concepteur et le leader dans la mise en place des réformes du système.

Pour autant, tout n'était pas positif. L'ANAES a été notre échec. La France est devenue le seul pays où la légitimité des actions d'évaluation en médecine est exclusivement politique. La nomination, cette semaine, du nouveau Président de la HAS¹ le confirme de façon logique. Le second échec des années 90, c'est l'étatisation du système. Peu l'ont vu à l'époque. Avec le recul, elle se révèle une catastrophe pour nous comme pour l'avenir de notre système de solidarité.

Les années 2000 ont été des années de basses eaux pour le privé. La fusion FIEHP-UHP s'est faite sur le double choix d'un syndicalisme faible et de type uniquement revendicatif. Les limites de ce système vont sans doute commencer à apparaître à ceux qui pensaient que l'Etat

n'était que "méchant" et sectaire et qu'il suffisait donc de revendiquer plus fort pour avoir plus. Non, l'Etat manque aussi d'idées pour tenir ses grandes et difficiles responsabilités. Sans modification de sa gestion, on assiste aux dérives actuelles, aux dérives de toute économie centralisée administrée. Elles se sont épanouies durant les années 2000.

Pour autant, tout n'a pas été négatif durant ces années. Il faut aussi rappeler la mise en place de la T2A. C'est l'honneur de la petite équipe qui a été capable de cette prouesse alors même que ce dossier, vieux de plus de vingt ans, a été trouvé en totale déshérence. L'outil est en place. La DGOS toute confite dans des approches planificatrices d'un autre âge, ne s'en sert pas ou que trop peu. Mais l'outil est en place. C'est une formidable pierre d'attente pour l'avenir.

Alors, au seuil d'une nouvelle décennie, même si l'exercice est risqué, quels sont les enjeux premiers ? Peut-on voir quelques lignes de force qui justifieraient quelques vœux appropriés ?

L'électronique baisse de prix, se miniaturise et multiplie sa puissance de calcul sans discontinuer, elle se répand partout. L'**informatisation** de la santé va donc démarrer pour de bon. Le fait de disposer maintenant d'un identifiant national est une avancée plus décisive encore que l'obtention du chaînage. Il n'y a plus qu'à... Mais nous savons que cela sera profondément restructurant pour les organisations comme pour les comportements. Sans compter les premières expériences probables de couplage avec les nanotechnologies.

Les progrès dus à une meilleure connaissance du **génome** entretiendront l'espoir dans les bienfaits de la médecine. Même si ceux-ci seront plus lents que prévus, il y en aura de significatifs. Le cancer est une cible privilégiée. Les modes de prise en charge se modifieront rapidement.

L'évolution des **métiers** sera sans doute accélérée par le double phénomène du retour des *numerus clausus* pour les médecins et du LMD pour les infirmières.

Celles-ci sont bien parties pour se créer des évolutions de carrière significatives.

Par contre la médecine sera face à deux choix.



Soit elle se "déprofessionnalise" par le double mouvement de sa féminisation et de l'attrait pour un confort de vie pour échapper à la bureaucratie.

Soit elle se donne les moyens à la fois de maintenir sinon de recréer son indépendance, c'est-à-dire aussi le niveau de qualification et de professionnalisation d'une véritable élite professionnelle.

Les choses sont encore plus nettes pour la médecine libérale. Si elle ne trouve pas les moyens de sortir du piège mortel des dépassements d'honoraires, elle disparaîtra probablement vers la fin de cette décennie. Si elle ne convainc pas l'Etat de recréer les conditions de son attractivité et de sa viabilité (la question du niveau des retraites est ici centrale), y compris pour sa dimension entrepreneuriale, elle disparaîtra aussi. Les jeunes votent déjà avec leurs pieds.

La **crise** économique est en devenir. Les meilleurs experts le constatent : le choix implicite de nos politiques est d'utiliser l'outil de l'inflation. Il est maintenant plus que probable que nous assisterons à son retour. Les taux d'intérêt vont eux aussi monter. L'investissement sera plus difficile. Nous n'avons pas connu un tel environnement depuis plusieurs décennies. La régulation du système, en économie administrée, sera encore plus difficile et nécessitera des outils spécifiques. Les tentations de la financiarisation spéculative seront plus fortes encore et l'Etat devra, plus que jamais, se donner les moyens d'en protéger les cliniques s'il ne veut pas lui même payer à terme les pots cassés. L'accessibilité pour les plus pauvres sera une question majeure qui nécessitera l'adaptation de nos organisations.

La réforme de l'**hôpital public** deviendra centrale. Mais là non plus, rien n'est joué. L'OCDE nous prévenait récemment² que le meilleur outil de régulation des dépenses de santé, c'était l'action à la baisse sur les revenus

des personnels de santé. Soit. Les risques sont grands, nous en avons déjà vu les prémices à la Gare Montparnasse et ailleurs, de réactions hyperviolentes de type prises d'otages ou pire. Mais le pire n'est jamais sûr. La Poste nous donne l'exemple. Même les administrations savent se réformer. Encore faut-il s'attaquer au chantier avec une vision claire, assise sur une conception vraie du service public et un grand savoir faire politique.

En cette période de crise longue, l'enjeu fondamental est celui de la survie de notre système de protection sociale. Il passe par la **réforme de l'Etat** pour le rendre plus efficace, plus efficient, plus dynamisant dans sa régulation du système. Il faudra, entre autres, revenir à une sorte de tripartisme en cassant officiellement le monopole de la Santé avec Bercy, afin de redonner du sens au jeu des acteurs, de créer une régulation interne au sein de l'Etat. Le Ministère de la santé se focalisera plus sur la défense de la santé des Français et sortira plus facilement du tout hospitalier public.

La décennie qui vient ne sera donc pas facile. C'est la vie. Il ne faut pas s'en plaindre, il faut juste en prendre la mesure pour se donner les moyens d'influer, d'orienter. Les questions fondamentales restent bien classiques : pour maintenir nos systèmes sociaux en pleine crise économique, ce qui veut dire d'appauvrissement, avec une population vieillissante, ce qui veut dire tentée par tous les conservatismes, quels types d'organisations faut-il mettre en place et comment peut-on les mettre en place ? Il faudra les trouver et se battre pour les faire advenir.

Le secteur privé saura-t-il jouer son rôle ? Cela vaut bien de partager des vœux sincères !

¹ Le président de la République, Nicolas Sarkozy, a annoncé le 30 décembre 2010 qu'il avait décidé de nommer le Pr Jean-Luc Harousseau à la présidence de la Haute autorité de santé. Le Pr Jean-Luc Harousseau est directeur général du centre de lutte contre le cancer de Nantes, le centre René Gauducheau.

² Les priorités des systèmes de santé lorsque l'argent est rare - Réunion ministérielle de l'OCDE sur la santé, Paris, 7-8 octobre 2010 - cf. notre mail UNHPC 10/519 : OCDE - Systèmes de santé du 6 décembre 2010

La communication passe d'abord par un "syndicalisme de lobbying et de propositions" qui prenne en compte les objectifs de santé publique

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/01

Date de parution : lundi 10 janvier 2011

Sujet : **UNHPC**

Mots types : Syndicalisme - Communication - EMI - Chimiothérapie - FHP - FHP-MCO

Année 2011 - p. 16/210

Cette semaine nous vous proposons la reprise presque intégrale de l'intervention faite par le Président B. Couderc devant le Conseil d'Administration de la FHP¹ en décembre dernier :

L'action de l'UNHPC poserait question à certains à la suite des projets concernant les EMI² « *Que fait-on ? Que propose l'UNHPC ? Quelles sont ses propositions de communication ? Qu'a fait l'UNHPC depuis deux ans ?* ».

En tant que Président, je rappelle d'abord que l'UNHPC est un syndicat qui regroupe des établissements adhérents qui font de la cancérologie, des centres de radiothérapie et qu'elle anime une plateforme avec eux mais aussi avec le SFOM³, le SNRO⁴ et la SFCP⁵. Sur les questions de cancérologie l'UNHPC est une instance d'expertise auprès de la FHP et FHP-MCO⁶ qui représentent, eux, l'exécutif pour ce qui est des Etablissements de santé.

Concernant la communication interne et externe à l'UNHPC

Il serait fastidieux de reprendre ici nos nombreuses publications dont l'éditorial du lundi, les Actes des Rencontres annuelles, le partenariat avec des revues spécialisées comme le Nouveau Cancérologue ; les applications iPhone utiles à l'interprofession puisque téléchargées à plusieurs milliers d'exemplaires... Fastidieux aussi d'énumérer nos participations à de nombreux congrès, colloques, aux Rencontres annuelles de la Cancérologie française et à celles de l'INCa⁷, aux CEPO⁸ à l'Assemblée Nationale, sans oublier la participation active à toute réunion organisée par les Tutelles et les très nombreuses Agences sur un sujet touchant à la cancérologie.

Pouvons-nous compter sur l'écoute de certaines institutions ? :

- l'INCa, avec les limites de notre statut de suppléant au CA et celles liées à la Présidence du Pr Maraninchi qui répond souvent : « l'INCa n'est pas là pour défendre vos intérêts corporatifs » même lorsqu'il s'agit de dossiers d'intérêt général, "transversaux", comme ceux du PMSI⁹ pour la radiothérapie ou du forfait pour remplacer le K15 en chimiothérapie.
- la Ligue contre le cancer : c'est un investissement long de l'UNHPC. On connaît le rôle éminent de Philippe Bergerot, mon prédécesseur, qui a été le premier à en être administrateur au nom du privé, ce que je suis aus-

si. Le siège parisien de la Ligue est pourtant plus que jamais lié à la FNCLCC¹⁰. Il faut donc s'appuyer plutôt sur les comités départementaux.

- il faudrait faire une mention spécifique au moins pour le CISS¹¹ dont Philippe Bergerot a été longtemps Secrétaire général, l'Académie de Médecine, le Conseil National de Cancérologie dont je suis vice-président élu et futur président en 2012...

Le plan d'actions de l'UNHPC

L'actualité est dominée par les EMI. Ce sont eux qui nous valent tant de questions. Le calcul d'impact que nous avons fait en février n'a été contesté par personne, il a même été confirmé par le Pt Maraninchi. Avec la FHP-MCO, nous avons réuni les établissements concernés. Nous attendons encore des réponses complètes pour l'impact 2011. L'ATIH ne communiquant pas sur le sujet, nous nous proposons à nouveau de constituer avec les adhérents un dossier complet.

Si on ne prend que l'exemple de la chimiothérapie ambulatoire, et si l'on s'en tient à son strict coût direct, il se peut que l'on soit parfois encore bénéficiaire ou en équilibre. Mais que de dépenses non ou mal couvertes ! Il est logique par exemple de raccrocher à la pratique de la chimiothérapie l'essentiel des soins de support. Leur financement est, on le sait, très inégal, très inéquitable et souvent très aléatoire. Ils constituent pourtant un "droit" du patient, et c'est heureux. A moins d'obtenir un tarif spécifique, sur quel autre "tarif" les accrocher pour une clinique ?

Voici les propositions de l'UNHPC concernant les EMI :

- dans l'immédiat : différer la sortie de la liste en sus des médicaments génériques pour une période la plus longue possible sur deux produits essentiels. L'enjeu est par exemple de 2,5 M€ d'EMI pour l'Irinotécan.
- exiger une allocation des Migac¹² sur la base objective des flux de patients, c'est-à-dire au prorata des patients réellement pris en charge (intérêt du chaînage) avec une harmonisation des règles de répartition à l'intérieur d'une même région et d'une région à l'autre. L'enveloppe Migac à distribuer sur une base plus équitable est de 350 M€.
- dès que possible et au plus tard fin 2011 : intégrer dans le GHS, le prix du générique mais aussi une compensa-



tion de la perte des EMI.

Nous avons décidé le 8 décembre dernier d'élaborer rapidement un livre blanc de la chimiothérapie comme cela avait été fait pour la radiothérapie.

Mais la cancérologie, ce n'est pas que la chimiothérapie ambulatoire, c'est aussi la chirurgie : elle est menacée par les exigences de la PDS¹³ rappelée dans la loi HPST¹⁴ et par le problème de l'anatomopathologie. Nous travaillons avec le syndicat des anatomopathologistes de façon à faire "cogérer" les tumorothèques, les centres de ressources biologiques et qu'ils obtiennent un traitement moins inéquitable. Le maintien d'un secteur libéral d'anatomocytopathologie de haut niveau est vital pour notre secteur.

Concernant la radiothérapie libérale : l'UNHPC, avec le SNRO, a fait, depuis plusieurs années, le choix du statut juridique d'établissements de santé distribuant les soins essentiellement en ambulatoire et nous l'avons revendiqué. Il n'y a pas de dossier plus illogique, inéquitable et ayant fait l'objet de tant de promesses mensongères que celui de la radiothérapie libérale. La DGOS¹⁵ travaillerait à une nouvelle catégorisation juridique hybride. D'où la tentation actuelle du SNRO de rester sur le statu quo.

L'UNHPC a toujours défendu une prise en charge globale des patients dans la qualité et la sécurité et nous défendons la pratique sur le même site de la radiothérapie,

de la chimiothérapie en ambulatoire et en hospitalisation complète, des lits identifiés, des USP, de la chirurgie lourde et des thérapeutiques combinées. Le secteur privé doit s'impliquer dans la recherche clinique appliquée et j'ai toujours dit que la recherche devait faire partie intégrante de l'exercice quotidien de la cancérologie. C'est ce que disent tous les Plans Cancer. Il en va de notre crédibilité.

L'UNHPC a toujours condamné les pratiques visant à contourner, hors CCAM¹⁶, AMM¹⁷ ou CBUM¹⁸, les difficultés de la tarification, même si les tentations sont nombreuses compte-tenu de l'ostracisme choquant dont nous faisons trop souvent l'objet de la part des Tutelles.

Pour terminer, puisqu'on nous interroge surtout sur la communication, je dirais que, pour l'UNHPC, la communication passe d'abord par un "*syndicalisme de lobbying et de propositions*" qui prenne en compte les objectifs de santé publique et qui souligne, auprès des Tutelles, les conditions de leur atteinte. Une campagne de communication publique sera nécessaire si les pouvoirs publics délaissent ces objectifs, nous freinent dans nos efforts pour les atteindre et continuent à ne pas nous entendre sur ces sujets. Alors, bien entendu, l'UNHPC y participera en apportant son expertise et sa part de financement.

-
- ¹ Fédération hospitalière privée
 - ² Ecart moyen indemnisable
 - ³ Syndicat français des oncologues médicaux
 - ⁴ Syndicat national de radiothérapeutes-oncologues
 - ⁵ Société française de cancérologie privée
 - ⁶ Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)
 - ⁷ Institut national du cancer
 - ⁸ Comité d'échange et de projet en oncologie
 - ⁹ Programme de médicalisation des systèmes d'information
 - ¹⁰ Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
 - ¹¹ Comité interassociatif des usagers du système de santé
 - ¹² Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
 - ¹³ Permanence des soins
 - ¹⁴ Loi hôpital patient santé territoire (loi "Bachelot" - 2008)
 - ¹⁵ Direction générale de l'offre de soins
 - ¹⁶ Classification commune des actes médicaux
 - ¹⁷ Autorisation de mise sur le marché
 - ¹⁸ Contrat de bon usage du médicament

« Le dispositif
de
pharmacovigilance
a failli
à sa mission »

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/02

Date de parution : lundi 17 janvier 2011

Sujet : **Pharmacovigilance et autres débats**

Mots types : Mediator - IGAS - AFSSAPS - Chirurgie ambulatoire - AFCA - Conseil national de cancérologie - CNC - Pr Ph. Rougier - UMESPE - INCa - AERIO - DGOS - Soins palliatifs - J. de Kervasdoué - Principe de précaution

Année 2011 - p. 18/210

Débats. Pas de café de commerce, débats de fond cette semaine, de ceux qui engagent l'avenir.

Débats autour du scandale du Mediator¹ tout d'abord. Enorme affaire remettant en cause tout notre système de pharmacovigilance. Les dossiers de presse sont de qualité. Le dernier rapport de l'IGAS², sur le Mediator justement, pose crûment des questions lourdes. Il suffit d'en citer quelques phrases.

Quelques affirmations qui valent constat tout d'abord :
« A aucun moment pendant cette longue période, aucun des médecins experts pharmacologues, internes ou externes à l'Agence, n'a été en mesure de conduire un raisonnement pharmacologique clairvoyant et d'éclairer ainsi les choix des directions générales successives. »

« L'Agence est apparue à la mission, dans le cas étudié, comme une structure lourde, lente, peu réactive, figée, malgré la bonne volonté et le travail acharné de la plupart de ses agents, dans une sorte de bureaucratie sanitaire. »

« Le dispositif de pharmacovigilance a failli à sa mission. [...] La raison principale de cet échec collectif est à rechercher dans l'insuffisance de culture de santé publique et en particulier dans un principe de précaution fonctionnant à rebours. »

« La multiplicité des instances sanitaires chargées du médicament, leur cloisonnement et la complexité de leur fonctionnement rendent le système lent, peu réactif et contribuent à une dilution des responsabilités. »

« S'ajoute à ceci, malgré les progrès accomplis dans ce domaine depuis 1993, le poids des liens d'intérêt des experts contribuant aux travaux de l'AFSSAPS³. »

L'IGAS procède aussi à des affirmations qui valent question.

« Or, depuis plusieurs années se sont multipliées les prises de position publiques pour dénoncer une hypothétique "tyrannie du principe de précaution". Dans cette affaire comme dans d'autres passées et malheureusement à venir, ce n'est pas l'excès de principe de précaution qui est en cause mais le manque de principe de précaution. » Plus personne ne sait ce que veut dire le principe de précaution, encore moins s'il "fonctionne à rebours". Il y a loin de l'origine du principe de précaution, dans le sec-

teur de l'environnement, à son emploi répété par les médias comme principe de non-action permanente. Il a mis du temps à s'imposer en médecine puisque nous avions un principe séculaire pour ne pas dire millénaire qui fonctionnait bien, celui de "prudence". Ne faudrait-il pas revenir aux vieux principes ayant fait leur preuve plutôt que de tirer à soi, le temps d'un discours, un principe de précaution manifestement peu adapté à la médecine ?

« La chaîne du médicament fonctionne aujourd'hui de manière à ce que le doute bénéficie non aux patients et à la santé publique mais aux firmes. » Attention à la tentation du bouc émissaire. Toutes les "firmes" ne sont pas des voyous. Par contre les faits dénoncés et la multitude des acteurs faisaient système. Là est l'interrogation vraie. La dénonciation ne suffira pas, il faudra aussi concevoir un système de régulation plus efficace.

« De manière plus globale, l'AFSSAPS, qui est une agence de sécurité sanitaire, se trouve à l'heure actuelle structurellement et culturellement dans une situation de conflit d'intérêt. Pas en raison de son financement qui s'apparente à une taxe parafiscale, mais par une coopération institutionnelle avec l'industrie pharmaceutique qui aboutit à une forme de coproduction des expertises et des décisions qui en découlent. » La réflexion pèse, mais en l'écoutant on est tenté de prolonger le raisonnement sur d'autres institutions, Agences comme Services centraux. L'industrie n'est pas seule en cause. C'est bien la façon dont fonctionne l'Etat qui est interrogée. Et la question est difficile. Si on veut des experts il en faut de bons, et ceux qui sont bons ont travaillé sur leur champ d'exercice, ils sont donc suspects d'être en conflits d'intérêts. La question est donc de savoir comment gérer ce qui restera une tension permanente.

Conclusion : « La mission s'attachera également, dans sa deuxième étape à mieux caractériser et fiabiliser notamment les outils de la pharmacovigilance, avec une attention particulière apportée aux bases de données disponibles. » Puisse-t-elle trouver les concours nécessaires ! Les échéances sont fixées par le Ministre : Mai prochain. En termes de vigilances et de conflits d'intérêts, les analyses et les propositions sont nombreuses et parfois anciennes. En cancérologie, la phrase de l'appel des oncologues (avril 2009) soulignant la "vraie contradic-

tion, à traduire dans les faits une priorité d'accès aux médicaments innovants et souvent très coûteux en cancérologie et à délaissier le métier qui est censé les prescrire et en assurer le bon emploi auprès des patients comme auprès du pays" et les propositions des radiothérapeutes sont, entre autres, de pleine actualité. Signalements, ici aussi, le dernier numéro de la revue "Oncologie" qui propose tout un dossier sur les conflits d'intérêts⁴. Au-delà du scandale, l'IGAS et le Mediator confirment des dysfonctionnements connus. La crise est là avec ses dangers et ses opportunités. On va une fois de plus traiter à chaud ce qui aurait dû être organisé à froid. Mais, plus que jamais, il faut s'impliquer dans la reconstruction d'un système plus cohérent.

Débats positifs sur la chirurgie ambulatoire. Il n'y a plus débat sur ses bienfaits pour les patients, pour les professionnels, pour la société, pour nos finances. Le concept est établi depuis 20 ans. Comme disait Simone Veil aux créateurs de l'IAAS⁵ en mars 1995⁶, et comme aime à la citer Annie Podeur : « *lorsque l'indication le justifie, la chirurgie ambulatoire n'est pas une autre façon de traiter le patient mais la meilleure façon de le traiter* ». Ce qui est nouveau c'est l'unanimité, l'enthousiasme retrouvé, les initiatives, la remobilisation, l'implication des Agences d'Etat. Le relais générationnel se fait. L'AFCA est relancée et retrouve son rôle central. Sa Journée, cette semaine, a été un grand succès⁷. Tout le monde veut intervenir pour dire qu'il fait partie du mouvement. Ce qui est nouveau, c'est l'accord sur le concept. Les confusions chirurgie rapide, chirurgie de très court séjour, bobologie, liste d'actes, permis-défendu... s'éloignent. Ce qui fait débat, DGOS⁸ contre tout le monde maintenant, c'est le tarif identique. La DGOS croit encore que la planification et les OQOS⁹ sont plus incitatifs que le tarif identique. La FHP¹⁰ a bien raison de dénoncer "*une conception surannée du rôle de l'Etat*"¹¹, surannée, car coûteuse et inefficace. La DGOS bloque tout le monde. Simone Veil est donc encore d'actualité lorsqu'elle affirmait dans la lettre déjà citée : « *la vraie question est de savoir dans quelles conditions l'essor que nous appelons de nos vœux interviendra dans les toutes prochaines années* ». Un grand regret cependant : le privé qui a été pionnier et à qui on doit l'arrivée de ce concept d'organisation en France semble usé et à la remorque des nouveaux acteurs. Dommage. Mais il est encore temps de se réveiller.

Débats à l'Assemblée générale du Conseil National de cancérologie. La Fédération des spécialités médicales affirme que la cancérologie n'est pas une spécialité au sens classique. Elle pousse les radiothérapeutes oncologues et les spécialistes d'organe à se fédérer en de nouveaux Conseils. Son attitude rappelle le refus, il y a quelques années, de l'accueil de l'AFCA¹², sous le prétexte qu'elle était pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. Mais la médecine moderne, la qualité en médecine, la cancérologie sont pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires. La Fédération se trompe. Elle retarde.

Dans ce contexte, les spécialistes d'organes sont tentés par la création d'un Conseil national des spécialistes d'organes "cancérologues". Cette semaine, le Pr Ph. Rougier est venu exposer leurs débats devant l'AG du CNC. Tout le monde est tombé d'accord pour dire que la cancérologie ne pouvait être réduite à une simple opportunité, à un "en plus" pour un spécialiste d'organe. Devenir, être "cancérologue", c'est un choix d'orientation, c'est un engagement professionnel de fond, c'est un "métier". Les mots de "plein temps", "d'exclusivité" ont été prononcés, même si fixer un pourcentage a peu de sens. Vivent les spécialistes d'organes cancérologues représentés par le Pr Rougier. Bienvenue au club !

Au même moment l'UMESPE¹³ réunissait justement quelques spécialistes d'organes inquiets. Inquiets de quoi ?

Après quelques mois de silence, le débat sur la régularisation des spécialistes d'organes dont la "compétence" n'a pas pu être reconnue administrativement reprend à l'INCa et à la DGOS. Le consensus des professionnels n'est pas loin. Attention cependant à ne pas dévaloriser, de fait, le DECS en allongeant indéfiniment la période de régularisation possible. Comme l'ont souligné les jeunes de l'AERIO¹⁴, à quoi cela servirait-il de faire des études spécialisées si tout le monde peut se faire "régulariser" ou, plus tard, se faire reconnaître par la VAE¹⁵ ? Ce qui surprend et interroge c'est l'Etat. Changer les règles du jeu en cours de procédure d'autorisation des Etablissements, ce n'est pas correct, et, une fois de plus, avec l'absence de procédure rigoureuse pour la visite d'inspection, cela décrédibilise l'Etat. Plus surprenant encore, l'idée de la DGOS de confier aux directeurs d'Etablissements la responsabilité de décider, sur les critères fixés, si le professionnel en question est officiellement compétent en cancérologie ou pas. On croit rêver ! Ou cauchemarder. Qu'est-ce qui nous vaut de telles confusions, un tel affaiblissement de l'Etat ?

L'Institut National du Cancer (INCa) a signé son premier contrat d'objectifs et de performance avec les ministères chargés de la santé et de la recherche, pour la période 2011-2014. Ce texte est important. Il permettra de trouver quelques points d'appui pour rappeler parfois (assez souvent ?) cette Agence d'Etat à ses devoirs de service public, d'impartialité et de défense de l'intérêt général. On ne peut imaginer que les débats actuels sur les Agences, leur fonctionnement et les conflits d'intérêts qui les habitent ne concernent pas un jour aussi l'INCa.

Il faudrait évoquer les débats du Comité Plénier National de Suivi du Développement des **Soins Palliatifs et de l'Accompagnement de la Fin de Vie** qui s'est tenu cette semaine, et les futurs débats du Sénat sur un éventuel droit à l'euthanasie. Nous y reviendrons.

Il faudrait citer le débat ouvert par **le nouveau livre de Jean de Kervasdoué**¹⁶ qui nous incite à sortir de nos peurs en soulignant que les peurs mises en avant sous prétexte de "*principe de précaution*" sont "*au-dessus de nos moyens*". Ce livre vient après celui intitulé "*Les précheurs de l'apocalypse - pour en finir avec les délires écologiques et sanitaires*". Il vient à point nommé. Trop ou pas assez de principe de précaution ? Nous y reviendrons, car principe de précaution, vigilances, devoir de prudence, signalements, culture de santé publique, il faut clarifier, sortir des confusions, se redonner les moyens d'être efficaces, de réguler sans bloquer.

Sur un tout autre plan, la Tunisie nous montre qu'il faut parfois un événement tragique pour qu'un peuple sorte de sa peur et ose affronter la liberté de son avenir. En matière de système de santé, la seule raison d'avoir peur de l'avenir ce serait de subir passivement les événements. Si nous le construisons, il n'y a pas de raison que cet avenir nous fasse peur. Puissent tous ces débats y contribuer !

-
- ¹ Benfluorex - Laboratoire Servier
- ² Dr Anne-Carole BENSADON, Etienne MARIE et Dr Aquilino MORELLE - IGAS, Inspection générale des affaires sociales - RM2011-001P - *Enquête sur le MEDIATOR* - Synthèse du rapport, Conclusion - janvier 2011, pp XII à XV (diffusé par mail UNHPC 11/24 le 16-1-2011)
- ³ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (a remplacé l'agence du médicament en 1999)
- ⁴ Dossier "*Les conflits d'intérêts*", coordonné par Daniel SERIN et Pierre MARTI - Oncologie - Volume 12 - numéro 11-12 - Novembre-Décembre 2010 , pp. 645-681
- ⁵ International association for ambulatory surgery
- ⁶ Simone VEIL ; Ministre d'Etat, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville ; lettre au Dr. de Lathouwer pour la fondation de l'IAAS, Paris le 14 mars 1995 (lettre reproduite intégralement dans Citations Q-H sous le mot clef "IAAS")
- ⁷ JAB 2011 : Journée nationale de chirurgie ambulatoire : chirurgie ambulatoire, nouvelles règles, nouvelles frontières ? - Paris 13 janvier 2011 - www.chirambu.org - cf aussi le prochain et 9e congrès de l'IAAS à Copenhague du 8 au 11 mai 2011, <http://www.iaascongress2011.org/>
- ⁸ Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé)
- ⁹ Objectif quantifié de l'offre de soins
- ¹⁰ Fédération de l'hospitalisation privée
- ¹¹ @ctualités FHP - semaine 02 parue le 14 janvier 2011 - Editorial
- ¹² Association française de chirurgie ambulatoire
- ¹³ Union nationale des médecins spécialistes confédérés
- ¹⁴ Association d'enseignement et de recherche des internes en oncologie
- ¹⁵ Validation des acquis de l'expérience
- ¹⁶ Jean de KERVASDOUE - *La peur est au-dessus de nos moyens - Pour en finir avec notre prétentieuse précaution* - Plon, ISBN : 2-259-20963-7, Paris - janvier 2011

Ce n'est pas d'une nouvelle loi dont nous avons besoin mais [...] d'expliquer et d'appliquer la loi actuelle, de mieux former les médecins et les soignants, de développer les structures de soins palliatifs

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/03

Date de parution : lundi 24 janvier 2011

Sujet : **Assistance médicalisée pour mourir**

Mots types : Suicide - Euthanasie - Mourir - Soins palliatifs - Sénat - ONFV - Ordre National des Médecins - Jeunes - Médecine libérale

Année 2011 - p. 21/210

Le Sénat va débattre cette semaine de la proposition de loi de MM. Jean-Pierre Godefroy, Guy Fischer et Alain Fouché sur **"une assistance médicalisée pour mourir"**¹. Selon l'article 1 de la proposition : « *Toute personne capable majeure, en phase avancée ou terminale d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, lui infligeant une souffrance physique ou psychique qui ne peut être apaisée ou qu'elle juge insupportable, peut demander à bénéficier, dans les conditions prévues au présent titre, d'une assistance médicalisée permettant, par un acte délibéré, une mort rapide et sans douleur.* » Ce texte, très complet, est passé en commission. C'est nouveau et cela justifie une mobilisation forte des professionnels tout au long de la semaine écoulée pour faire en sorte que ce texte n'aille pas plus loin.

- Plusieurs initiatives publiques ont été prises. Le *"Plaidoyer des professionnels de santé et d'accompagnement concernant le débat sur la fin de vie"* qui avait été lancé en 2007 par la SFAP^{2,3}, la SFGG⁴, la SFAR⁵, la SFH⁶, la GRASSPHO⁷ (devenu AFSOS⁸) et l'AGHL⁹ a été réactivé. Le Collectif "Plus digne la vie"¹⁰ a lancé une pétition sous le titre de *"Manifeste citoyen pour la dignité de la personne en fin de vie"*¹¹. Le Conseil National de l'Ordre a fait un communiqué¹² bref mais résumant bien la position traditionnelle et majoritaire des professionnels vis-à-vis du suicide assisté. D'autres initiatives du même type sont en cours.

- Un sondage Opinion Way SFAP/SFAR/CREFAV/ + Digne La Vie¹² montre les Français méfiants face à la légalisation de l'euthanasie et montre surtout que la façon de poser la question, d'utiliser tel ou tel mot peut orienter l'idée que l'on peut se faire de l'opinion des Français puisque ce sondage contredit ceux qui l'ont précédé et qui avaient été largement repris par la presse. JALMAV diffuse le film *"Les yeux ouverts"*¹³ qui a été tourné au sein de la maison médicale Jeanne Garnier. Au grand étonnement des propriétaires de salles de cinéma, JALMAV fait souvent salle comble en proposant de poursuivre la projection par des débats, ce qui montre l'intérêt du public pour ces questions et une approche factuelle, sans tabous ni préjugés.

- Les premiers travaux de l'Observatoire National de la Fin de Vie ont été exposés en particulier au moyen de la publication d'une petite brochure¹⁴ reprenant les conclusions d'un séminaire de recherche *"visant à dresser un panorama complet des informations disponibles dans le contexte français et de préparer la mise en place d'études rigoureuses destinées à éclairer le débat public"*. [...] *"L'Observatoire souhaitait éclairer deux interrogations au cœur du débat :*

- *Quelle est la réalité des demandes d'euthanasie et de suicide assisté en France, des conditions de leur émergence et des suites qui leur sont données ?*
- *Comment peut-on recueillir des données fiables et objectives pour ensuite construire une réflexion collective sur ce sujet ?*

C'est peu de dire que ces travaux sont utiles, attendus et nécessaires pour fonder le débat sur des données objectives, sortir des cas d'urgences médiatisés à grand renfort de pulsions émotives et dramatiques. Enquêtes "fin de vie", études CAP - Connaissances, Attitudes et Pratiques - sur différentes professions soignantes, mesure de la prévalence des demandes d'euthanasie, travail sur la sémantique, objectivation de ce qu'est une *"souffrance insupportable"*, comparaisons internationales... le travail ne manque pas. Il est lancé et on ne peut que s'en réjouir.

L'UNHPC s'est toujours battue pour la reconnaissance puis le développement des soins palliatifs. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont devenus un droit des patients. Mourir dans la dignité fait partie de ce droit et ce droit se traduit par une exigence, une attention et des organisations spécifiques dans nos équipes et dans nos établissements. Mais il ne doit pas y avoir de confusion. C'est la vie qui est digne, pas la mort, et le beau nom de JALMAV rappelle la perspective : *"jusqu'à la mort, accompagner la vie"*. Par ailleurs le droit n'est pas l'éthique. L'éthique est question et exige débat. De plus, dans une société responsable, il faut parfois savoir transgresser et assumer sa responsabilité. Dans la réponse à ces questions, il ne saurait y avoir de place pour un "il n'y a qu'à" qui ne pourrait qu'être renforcé par un trop commode "puisqu'on a le droit !". Il faut un travail sur les pratiques



et c'est bien tout l'apport de la loi Leonetti. L'honneur des politiques se situe là : favoriser les bonnes pratiques et les prises en charge nécessaires. L'actualité rappelée plus haut leur donne toute l'information nécessaire pour qu'ils se ressaisissent. Comme le rappelle l'Ordre : "*Ce n'est pas d'une nouvelle loi dont nous avons besoin mais [...] d'expliquer et d'appliquer la loi actuelle, de mieux former les médecins et les soignants, de développer les structures de soins palliatifs.*" Pour le service des Français, le chantier reste vaste !

Cette semaine le CNOM¹⁵ a publié la synthèse d'un séminaire qu'il a organisé le 11 janvier sur le thème "*Les jeunes et l'exercice de la médecine : quel avenir ?*"¹⁶ Après avoir évoqué une question si lourde que celle de la fin de vie dans notre société, on pourrait se dire que cette chronique aurait pu s'arrêter là. Mais ce débat sur l'avenir de l'exercice de la médecine est lui aussi fondamental. En pleine crise économique, alors que nous avons encore gagné 4 mois d'espérance de vie pendant que les Américains en ont perdu un et qu'une des Chambres a abrogé la loi Obama¹⁷, que la médecine libérale est chez nous en pleine crise, la question est, elle aussi, d'importance. Ce débat vaut donc d'être cité ici. Il est centré sur "*la médecine de proximité*" mais évoque aussi le sort de la médecine libérale en général. Il montre que petit à petit, de rapport en rapport, la question commence enfin à être prise en charge. Au-delà de la simple démographie, des questions comme celles de l'extraordinaire longueur des études de médecine, de leur inadéquation, de l'inadéquation des rémunérations, des règles du jeu propres à assurer l'accessibilité à des soins de qualité, du sens à donner au refus des jeunes de s'engager

dans la voie de la médecine libérale ne sont plus tabous. Une triple prise de conscience se fait.

- La société a besoin d'une médecine libérale forte ; le passé le prouve et les exigences de l'avenir le confirment.
- Les conditions qui sont faites actuellement à la médecine libérale expliquent son déclin.
- Enfin, l'environnement structurel joue sur les choix des étudiants en médecine. Le niveau des rémunérations ne règle pas tout. La connaissance d'autres environnements que celui du CHU, la formation à la gestion des cabinets et à la compréhension du système et de son organisation (revendication des chefs de clinique à l'origine des grèves en faculté de médecine en mai 1968 !), la prise en charge de la question de la retraite, de celle du recouvrement de ses investissements, de celle de l'accès à des structures juridiques adaptées à l'exercice d'une médecine concertée, de celle du champ des responsabilités, des fondements de la rémunération... sont évoquées et leur simple évocation est fondatrice.

Il y a encore beaucoup de chemin à faire mais les choses bougent. Il y a, nous dit-on, une "fenêtre favorable" dans le calendrier des politiques. Le risque est que l'on réduise "*l'action démocratique à un processus électoral*"¹⁸. Bien sûr. Mais les enjeux valent qu'on se batte pour y échapper et que les réformes nécessaires à l'adaptation et donc à l'attractivité de la médecine libérale se fassent. Le pays en a besoin, plus que jamais. C'est à cette attente qu'il faut répondre.

¹ Cf. mail UNHPC 11/35 du 20-1-2011 - N° 229 - SÉNAT - Session ordinaire de 2010-2011 - Enregistré à la Présidence du Sénat le 18 janvier 2011 PROPOSITIONS DE LOI de M. Jean-Pierre GODEFROY et plusieurs de ses collègues relative à l'aide active à mourir, de M. Guy FISCHER et plusieurs de ses collègues relative à l'euthanasie volontaire, de M. Alain FOUCHÉ relative à l'aide active à mourir dans le respect des consciences et des volontés - Texte de la Commission des affaires sociales : proposition de loi relative à l'assistance médicalisée pour mourir

² Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
³ www.sfap.org

⁴ Société française de gériatrie et de gérontologie

⁵ Société française d'anesthésie et de réanimation

⁶ Société française d'hématologie

⁷ Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins de support pour les patients en hématologie et oncologie

⁸ Association francophone pour les soins oncologiques de support

⁹ Association des médecins généralistes en hôpital local

¹⁰ <http://www.plusdignelavie.com/>

¹¹ Pour les deux documents, cf. mail UNHPC 11/35 du 20-1-2011

¹² Cf. mail UNHPC 11/41 du 21-1-2011

¹³ <http://www.lesyeuxouverts-lefilm.com/>

¹⁴ Observatoire National de la Fin de Vie - *Euthanasie et suicide assisté - Etat des connaissances et enjeux pour la recherche* - janvier 2011 - disponible à l'adresse suivante : contact@onfv.org

¹⁵ Conseil national de l'ordre des médecins

¹⁶ Cf. mail UNHPC 11/46 du 24-1-2011, document 4-9 CNOM 11 01-Débat jeunes médecins.pdf

¹⁷ Mercredi 19 janvier 2011, à la Chambre des représentants, les élus ont adopté la mesure intitulée "*projet de loi d'abrogation de la loi sur la couverture maladie destructrice d'emplois*", par 245 voix contre 189 après deux journées de débats.

¹⁸ Alexandre Lacroix cité par Franck Nouchi dans sa chronique, à propos du dernier numéro de Philosophie Magazine (Dossier : *Le peuple a-t-il perdu le pouvoir ? - Y aurait-il péril en la démocratie ?* Philosophie magazine n°46 - janvier 2011) sur la crise de la représentation - Le Monde du 22-1-11

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/04

Légiférer sur les
conflits d'intérêts :
"Il s'agirait de tout sauf d'une
loi de circonstance :
la maturation d'un
esprit républicain."

Date de parution : lundi 31 janvier 2011

Sujet : **Hésitations sur plusieurs sujets**

Mots types : Loi Evin - Tabac - D. Mathus - OQOS - X. Bertrand - Ile de France - Cl. Evin - J. P. Huchon - Sénat - Euthanasie - Soins palliatifs - Prison - Malades mentaux - J. J. Hyest - Autorisations - Conflits d'intérêts - Rapport Sauvé

Année 2011 - p. 23/210

N'est-ce pas dérisoire de prendre la plume pour une petite chronique sur notre petit Landernau alors que le monde bouge à notre porte ? Nous n'avons pas été capables de terminer la construction de l'Europe pour être acteurs de l'avenir de la Méditerranée. Il n'est pourtant pas nécessaire de s'appeler Fernand Braudel pour savoir que notre avenir se joue, en grande partie, là aussi. Nous assistons donc, en simples témoins, tout à la fois émerveillés et craintifs, au réveil admirable des peuples de Tunisie et d'Egypte. De leur capacité à maîtriser leur avenir dépend une bonne partie du nôtre, de la paix pour la nouvelle génération. Et pourtant la vie, foisonnante, contradictoire, est là aussi, chez nous, malgré les pesanteurs qui parfois nous écrasent. La semaine a commencé par ce qu'on espère n'être qu'une série d'erreurs, nous en citerons quelques-unes, ce fut un florilège. Elle se termine par un rapport qui pourra faire date pourvu que nous sachions nous en emparer.

Didier Mathus, député, spécialiste des questions de médias et de publicité au groupe socialiste, veut rendre impossible la modification, au nom du respect de la **loi Evin**, d'œuvres artistiques ou culturelles où figure une cigarette ou une allusion au tabagisme. La question ne s'est jamais posée. Peu importe. Est-ce une erreur ? Pas pour tous : le groupe socialiste a cosigné la proposition de loi qui devait être discutée cette semaine. Pourtant, le HCSP¹ "alerte le gouvernement" sur le fait qu'elle "ouvre la voie à un détournement de la loi Evin". Pour l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) elle "pourrait constituer un cheval de Troie permettant de développer le marketing". Pour la Ministre Nora Berra " ce serait une victoire pour les cigarettiers". Ces alertes ne sont probablement pas des erreurs. Finalement la Ministre propose de rédiger une circulaire dans les 15 jours ! Difficilement, le groupe socialiste accepte et retire son texte, tout en soulignant qu'il le présenterait à nouveau si la circulaire ne lui donnait pas entière satisfaction. On se demande bien ce qu'on pourra écrire dans la circulaire. Tout cela a un goût de bizarre. Où donc est la gauche ?

Où est la droite ? Risquons l'humour : la droite planificatrice et centralisatrice est peut-être où était la gauche lors de la création de l'OQN² en 1991. L'OQN permettait de réguler tout en échappant aux turpitudes du budget global par établissement. Pour Xavier Bertrand, les **OQOS**³ ne

visent pas à déterminer des "quotas par établissement". Espérons qu'il ne s'agit pas d'une erreur. En attendant, c'est la DGOS⁴ qui ne va pas être contente. Elle voulait baisser les prix, établissement par établissement, en cas de dépassement. En 1991, la gauche n'avait pas osé le prix provisoire national, ajusté en fin d'année selon l'écart des dépenses par rapport à l'ONDAM⁵. La question reviendra fatalement, mais, sauf à faire une erreur, il faudra que la DGOS comprenne qu'à pertinence des actes équivalente, il ne faut pas pénaliser ceux qui travaillent, mais plutôt ceux qui ne travaillent pas. La régulation ne doit pas casser la productivité, elle doit l'encourager.

Le président du Conseil régional d'**Ile-de-France**, Jean-Paul Huchon, a demandé mardi au directeur de l'ARS, Claude Evin, un moratoire sur les décisions de fermetures de structures hospitalières en attendant que soit élaboré le projet régional de santé⁶. Erreur de l'un ? Erreur de l'autre ? Ou simple jeu d'échanges entre amis ?

Finalement, cette semaine, la Commission des affaires sociales du Sénat a changé d'avis sur l'**assistance médicalisée pour mourir**. Le Ministre s'est engagé à faire mieux connaître la loi Leonetti, à flécher les crédits dans les établissements de santé, "pour les sanctuariser" et à créer 1.200 nouveaux lits de soins palliatifs. Pour la très grosse majorité des professionnels de santé ce n'est pas une erreur. Le débat se poursuit sur le fait de savoir "qu'est-ce qu'accompagner quelqu'un en fin de vie" et comment, concrètement, satisfaire au mieux à ce droit. Ce débat est sain, il est consubstantiel à l'accompagnement lui-même. Personne ne peut s'y dérober. Encore faut-il "accompagner".

Le Sénat, toujours lui, a adopté à l'unanimité, mardi, contre l'avis du gouvernement, une diminution automatique des **peines de prison prononcées contre les personnes souffrant de troubles mentaux graves**⁷. Pour le Président de la commission des lois, Jean-Jacques Hyest, il ne faut pas "confondre dangerosité et responsabilité". Ce n'est sûrement pas une erreur. Les USA laissaient leurs malades mentaux à la rue. La France, traumatisée par les horreurs des années 30-45, les prenait en charge plus décemment que beaucoup d'autre pays. Puis, petit à petit, elle a pris l'habitude de les envoyer toujours plus nombreux en prison. Ce serait une erreur pour l'Assemblée de



rester dans un tout répressif aussi à la mode qu'inefficace.

La peur de l'Etat face à sa responsabilité en matière d'**autorisation** se confirme chaque jour. Nous nous étonnions la semaine dernière de la proposition de la DGOS de confier la reconnaissance de la compétence en matière de primo-prescription au directeur d'établissement. Cette semaine, lors des travaux du comité radiothérapie "métiers et soins", le représentant de l'ASN⁸ soumettait au groupe le projet de rapport annuel des inspections. Nous le savons, certains critères, parmi ceux qui sont significatifs, ne sont pas bons. Il est utile de le savoir pour s'améliorer. Les représentants de l'Etat se sont violemment inquiétés de cette publication. Seules les ARS⁹ seraient légitimes pour évaluer. Mais pourquoi donc l'Etat a-t-il si peur d'appliquer ses propres procédures ? Cherchons l'erreur...

Peut-on la trouver dans le débat sur **les conflits d'intérêts** ? En septembre, le Président de la République avait demandé un rapport. Ce rapport a été piloté par le Conseil d'Etat¹⁰. Il est signé par de très hautes personnalités¹¹. Son contenu constitue un événement. Du moins ce serait une erreur de ne pas en faire un événement tant il peut être fondateur de progrès.

Le Président voudrait qu'il débouche sur une loi. Certains élus, spécialistes de lois de circonstances, disent se méfier d'une loi de circonstance sur le sujet. Tiens ? D'autres parlent au contraire de "*maturation d'un esprit républicain*"¹².

Il faut lire, faire connaître et discuter ce rapport qui est

de très grande qualité. Il faut aussi le faire déboucher sur des mesures concrètes.

Ceci étant dit, on peut regretter, une fois de plus, que les spécificités organisationnelles du secteur de la santé, et surtout hospitalier, ne soient pas prises en compte comme elles le devraient. Déficit d'attention organisationnelle, fonctionnelle, économique ? Faut-il limiter les analyses et les propositions aux personnes "individus" ? Les "intérêts" ne concerneraient-ils pas aussi les personnes morales ?

Près de 10 % des personnalités consultées proviennent du secteur hospitalier, exclusivement public. Les conflits d'intérêts qui nous dominent n'apparaissent pas. Le monopole de la FHF¹³ sur le Ministère, l'influence de la FNCLCC¹⁴ sur l'INCa¹⁵ et sur la Ligue, les délégations d'emplois, les salaires versés par les hôpitaux pour des personnes en poste au Ministère, les conditions des dépassements chez les libéraux, le secteur privé chez les salariés... cela n'interroge personne en termes de conflits d'intérêts.

La presse peut titrer "*le Ministre fait une démonstration de transparence sur les liens d'intérêt de son cabinet*". Circulez, il n'y a rien à voir. Mais si ! Ce rapport peut, va faire progresser d'autres secteurs que le nôtre. Cela ne peut que nous aider.

Il y a de la vie chez nous aussi. A tâtons, nous progressons...

¹ Haut conseil de la santé publique

² Objectif quantifié national

³ Objectif quantifié de l'offre de soins

⁴ Direction générale de l'offre de soins

⁵ Objectif national de dépenses d'assurance maladie

⁶ APM CBOAI002 18/01/2011 19:34 ACTU CARDIO : Jean-Paul Huchon et la vice-présidente du Conseil régional en charge de l'action sociale, des formations sanitaires et sociales, de la santé et du handicap, Laure Lechatellier, dénoncent dans un communiqué "la fermeture depuis le 29 octobre du service de cardiologie de l'hôpital de Mantes [Yvelines] ainsi que le projet de fermeture du service de chirurgie cardiaque de l'hôpital Henri-Mondor de Créteil".

Dans le cadre du volet cardiologie du schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), l'ARS a prévu une réduction du nombre de centres de cardiologie interventionnelle de sept à quatre et parmi les sites devant fermer, figurait le service de l'hôpital de Mantes-la-Jolie, rappelle-t-on (cf dépêche APM FBNJF001).

Par ailleurs, le volet chirurgie cardiaque du Sros devrait conduire à la fermeture de quatre centres en Ile-de-France: l'hôpital Foch à Suresnes (Hauts-de-Seine), l'hôpital Saint-Joseph à Paris, la clinique de la Roseraie à Aubervilliers (Seine-Saint-Denis) et un site de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) (cf dépêches APM SNNFF001 et APM SNNJE001).

⁷ La proposition de loi, déposée en juillet 2010 par l'UMP Jean-René Lecerf (Nord), le divers droite Gilbert Barbier (RDSE, Jura) et la socialiste Christiane Demontès (Rhône), a été adoptée à l'unanimité. Elle est issue d'un travail commun de la commission des lois et de la commission des affaires sociales, avec le socialiste Jean-Pierre Michel (Haute-Saône) comme rapporteur. Elle modifie le deuxième alinéa de l'article 122-1 du code pénal qui définit la responsabilité pénale en cas d'altération du discernement de la personne au moment des faits

⁸ Autorité de sûreté nucléaire

⁹ Agence régionale de santé

¹⁰ Rapport de la Commission de réflexion pour la prévention des conflits d'intérêts dans la vie publique, remis au Président de la République le 26 janvier 2011 : *Pour une nouvelle déontologie de la vie publique*

¹¹ Le vice-président du Conseil d'Etat, Jean-Marc Sauvé, le président de la Cour des comptes, Didier Migaud, et l'ancien président de la Cour d'appel de Paris, Jean-Claude Magendie

¹² Jean-Noël Jeanneney - Entretien - dans Le Monde des 30 et 31 janvier 2011, p. 9 - Faut-il légiférer sur les conflits d'intérêts, comme vient de l'annoncer Nicolas Sarkozy ? « *Ce n'est pas parce que le projet d'une nouvelle loi est brandi par lui à chaque fait divers qu'il faut reconsidérer le principe d'une législation sur une affaire aussi importante que le conflit d'intérêts. Il s'agirait de tout sauf d'une loi de circonstance : la maturation d'un esprit républicain.* »

¹³ Fédération hospitalière de France

¹⁴ Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

¹⁵ Institut national du cancer

Subventions, tarifs ou marges de manœuvre pour les ARS ?

« *Le principe de précaution serait interdit si on l'appliquait à lui même, tant il est dangereux.* »

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/05

Date de parution : lundi 7 février 2011

Sujet : **MIG forfait cancer - Rapports et publications**

Mots types : File active - Regroupements - PMSI - Pôles régionaux - Etablissements support - RRC - CNAM - Subvention - Oncologie - D. Serin - S. Culine - J. Gligorov - G. Mathé - Chirurgie oncologique - ADSP - Inégalités sociales de santé - HCAAM - Accessibilité - HAS - Evaluation économique - J. de Kervasdoué - Principe de précaution

Année 2011 - p. 25/210

La FHP-MCO, qui gère les questions tarifaires relatives aux établissements MCO, a appris lors d'une réunion organisée pour les Fédérations que le dossier "**forfait cancer**" était toujours ouvert. On connaît l'intérêt et les limites des mesures prévues.

A l'origine, Roland Cash, qui avait ouvert ce dossier dans ses fonctions à la Mission T2A, voulait réduire les inégalités et les iniquités dans les allocations de subventions MIGAC¹ liées à l'activité cancer. La file active devait devenir la base de répartition des MIG pour les activités transversales à l'exclusion des 3C. A enveloppe constante il fallait donc réduire les allocations des CHU et des CLCC pour augmenter les CH et surtout les cliniques. Opposition de la FHF. Dans les scénarios retenus au printemps, après tractations, on avait trouvé une solution : prendre aux seuls CH pour donner aux cliniques ! On voit bien qui commande... Tout en nous félicitant de l'initiative d'un forfait lié à l'activité, nous avons demandé du tarif plutôt que le maintien de subventions. Il nous avait été répondu que l'arbitrage politique avait été fait. Il fallait préserver une "marge de manœuvre" pour les ARS. On était donc en pleine contradiction, même si l'intention d'origine demeurerait intéressante.

Le dernier "modèle retenu" se fonde maintenant sur cinq critères.

- Le nombre d'activités autorisées, ce qui veut dire que la Tutelle favorise les structures juridiques unifiées de type hôpitaux publics, au détriment des structures en réseau qui dominent dans le secteur privé libéral. Le MIG devient incitatif au regroupement juridique. La taille est privilégiée sur l'évaluation et sur les contrôles de la qualité des prestations fournies. Le gros est réputé meilleur. La structure est privilégiée sur la pratique.
- La file active calculée à partir du PMSI² reste la base d'évaluation. C'est évidemment un progrès considérable et nous allons enfin commencer à bénéficier des bienfaits du chaînage que nous avons réussi à imposer dans les années 90. Pourtant nous ne savons pas qui, quand et comment on procédera aux arbitrages difficiles et nécessaires qui s'imposent : Quid de la radiothérapie libérale ? Comment décompter le patient qui suit sa chimio dans deux établissements successifs ?... Les questions restent nombreuses. La fixation d'un seuil de départ à 100 patients et de tranches supplémentaires de

50 patients ne résout pas tout. Avant l'été, la DGOS³ voulait confier ce travail d'évaluation de la file active aux ARS⁴ : sans méthodologie nationale commune, c'était ouvrir le risque d'inégalités régionales. Un autre risque, c'est que la méthode soit bancal au début et qu'elle le demeure car il est toujours très difficile de revenir sur une méthode d'évaluation qui a déjà été mise en place.

- Pour calmer la FHF, il a été décidé une "*surpondération des établissements supports des établissements régionaux de cancérologie*". Voilà de la "marge de manœuvre" ! Il faut craindre ici l'opacité et les privilèges. Nous avons demandé une définition claire des surcoûts, par fonction et non par statut (la plupart sont inexistants ou déjà rémunérés) et, en échange, un calendrier d'étalement de l'"effet revenu". Nous préférons un retard supplémentaire dans la perception de la totalité de ce qui nous est dû plutôt que la pérennisation de biais de concurrence significatifs.
- Un abattement de 25 % est prévu pour les ex-OQN⁵. C'est, une fois de plus, stupide, vexatoire et injuste. On entend bien la raison technique : ce n'est pas à l'enveloppe hospitalière de financer les honoraires des médecins libéraux qui ressortent de l'enveloppe de ville. On connaît bien les vrais sujets : la non-articulation de la CNAM⁶ aux plans de santé publique lorsqu'ils concernent la sphère hospitalière, le combat sans fin entre la DGOS et la CNAM, le plaisir de l'administration (eh oui !) à pénaliser les "ennemis" idéologiques. On est au pire dans l'abus de pouvoir d'un Etat partisan, au mieux dans la démission ou l'incompétence.
- La prise en compte du coefficient géographique

Le dossier reste significatif et important. C'est sans doute miracle qu'il n'ait pas disparu avec la Mission T2A. Mais les vieilles habitudes idéologiques, sectaires et administratives demeurent. Cela vaut, pour tous les établissements, d'être présent sur le dossier, de questionner les Tutelles sur leurs intentions, de soutenir les fonctionnaires intègres sans les mettre dans la gêne, de rappeler aux autres les exigences de leur charge.



La semaine a aussi été marquée par toute une nouvelle série de rapports ou de publications. Il ne faut pas les négliger. Ils ouvrent et aident la réflexion en termes de stratégie. Citons en particulier :

- le dernier numéro d'**Oncologie**⁷. Un éditorial de Daniel **Serin**⁸ qui quitte la rédaction en chef de cette importante revue. Cela nous donne l'occasion de lui exprimer ici notre profonde et sincère reconnaissance pour tout le travail accompli durant ces dix ans. Travail lourd, nécessaire, forcément ingrat. Daniel Serin a su le mener à bien, malgré ses nombreuses autres responsabilités. Grand merci à lui, à bientôt sur d'autres chantiers et bon vent à Stéphane Culine et à Joseph Gligorov !

Ce même numéro propose un bel hommage à Georges **Mathé** et un dossier qui rendra service à beaucoup : "**Dix ans après, quelle est la place de l'assistance robotisée en chirurgie oncologique ?**" Important et très utile pour la réflexion stratégique sur la chirurgie et ses évolutions.

- le dernier numéro d'**ADSP**, - Actualité et dossier en santé publique - avec un dossier très complet sur "**les inégalités sociales de santé**"⁹. Question importante elle aussi et, hélas, d'avenir. "*La responsabilité du système de soins, même si elle n'est que partielle, ne doit pas être laissée de côté*" nous dit fort justement Chantal Cases dans son éditorial d'introduction. Un dossier très utile pour la réflexion stratégique sur les axes de développement et d'organisation de nos établissements, sur les conditions de relations cohérentes avec nos Tutelles, y compris dans leurs dimensions financières.
- l'avis du HCAAM¹⁰ portant pour titre : "**L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer**"¹¹. Cet

avis a été adopté à l'unanimité. On ne peut que se réjouir de la volonté de l'Assurance-maladie de se doter d'un tableau de bord de suivi de ses missions. Bien sûr il faudra ensuite se mettre en cohérence avec ces missions. On retrouvera alors la question de l'adéquation des financements et des systèmes des revenus. Dans ce cadre, la question des dépassements d'honoraires pourra-t-elle enfin être abordée de façon responsable ?

- le "**Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire : Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer**"¹². Laurent Hénart, Yvon Berland et Danielle Cadet devaient plancher sur la définition de professions « intermédiaires », s'intercalant entre médecins et paramédicaux. "Démarche métiers", reconnaissance et valorisation des parcours professionnels, ascenseur social, nouvelle "profession" de "paramédical professionnel"... C'est important. Il faut aussi laisser un peu de place et de souplesse aux relations sociales à l'intérieur de l'entreprise, fut-elle médicale...
- la fin janvier a vu se clore la consultation de la **HAS** sur ses propositions en termes de "**principes et méthodes**" concernant l'évaluation économique¹³. Bon travail. Il faut souhaiter que les contributions auront été nombreuses tant les progrès à faire sur le sujet sont importants.
- le livre de Jean de **Kervasdoué**¹⁴ sur l'important sujet du **principe de précaution** va pâtir du scandale du Mediator qui n'a pourtant rien à voir. Nous avons diffusé une présentation de ce livre. Le débat qu'il ouvre à nouveau devrait être incoutournable pour nous tous.

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

² Programme de médicalisation des systèmes d'information

³ Direction générale de l'offre de soins

⁴ Agence régionale de santé

⁵ Objectif quantifié national (ancienne enveloppe nationale annuelle de dépenses autorisées pour l'hospitalisation conventionnée)

⁶ Caisse nationale d'assurance maladie

⁷ Oncologie (2011) 13: 1-2 - <http://www.springer.com/medicine/oncology/journal/10269>

⁸ L'avenir d'*Oncologie*, p. 1, téléchargeable sur <http://www.springerlink.com/content/x83tp33v075t/>

⁹ Actualité et dossier en santé publique (AdSP), revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique - n° 73 / décembre 2010 - La Documentation Française - <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?menu=11>

¹⁰ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

¹¹ *Avis sur l'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?* Avis adopté à l'unanimité le 27 janvier 2011 (28/01/11) - <http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/avis.htm> Cf. le mail UNHPC 11/63 du 31-1-2011

¹² Rapport remis le 2-2-2011 à M. X. Bertrand, Ministre du travail, de l'emploi et de la Santé, Mme V. Péresse, Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et Mme N. Berra, secrétaire d'Etat chargée de la santé : *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Rapport présenté par M. Laurent Hénart, député de Meurthe et Moselle, M. Yvon Berland, professeur de médecine et Mme Danielle Cadet, coordonnatrice générale des soins à l'AP-HP. Cf. le mail UNHPC 11/68 du 2-2-2011

¹³ HAS - Service de l'évaluation économique et de la santé publique - *L'évaluation économique à la Haute Autorité de Santé - Principes et méthodes* - Consultation publique décembre 2010 / janvier 2011 - « *Le Collège de la HAS a souhaité que la première version du document présentant les principes et les méthodes de l'évaluation économique à la HAS soit soumise au débat, afin de mesurer sa lisibilité et son acceptabilité par l'ensemble des acteurs concernés.* » - www.has-sante.fr.

¹⁴ Jean de Kervasdoué - *La peur est au-dessus de nos moyens - Pour en finir avec notre prétentieuse précaution* - Plon, Paris, janvier 2011. Cf. le dossier UNHPC 11/76 envoyé le 5-2-2011 - La citation mise en exergue se trouve p. 232 du livre : « *Comme la peur, le principe de précaution est tout, sauf un bon conseiller. Le mépris pour les faits, les chiffres et les ordres de grandeur, accompagné d'une passion pour les discussions de principe, sont aussi enfantins que coûteux. Si la pensée magique répond aux âmes angoissées, la réalité distordue par les bons sentiments et la nostalgie d'un passé imaginaire conduisent à une société caractérisée par la dureté des relations sociales et la brutalité des relations humaines. Le principe de précaution serait interdit si on l'appliquait à lui-même, tant il est dangereux. Il faut arrêter de gérer des risques subjectifs et faire éclater cette bulle protectrice. Le principe de précaution n'est qu'une conjuration de l'incertitude et un outil aux mains de quelques groupes conservateurs qui paralysent la nécessaire analyse des risques.* »

**L'actualité nous parle.
Il est temps d'agir,
par intérêt bien compris
autant que par responsabilité,
pour protéger notre avenir.**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/06

Date de parution : lundi 14 février 2011

Sujet : **Dépassements**

Mots types : Tunisie - Egypte - M. Alliot-Marie - F. Barouin - E. Joly - X. Bertrand - R. Bachelot - J. de Kervasdoué - J. White - Réformer - INCa - Afssaps - AFCA - Académie de chirurgie - DGOS - Anatomopathologie

Année 2011 - p. 27/210

Un chat est un chat, un dictateur est un dictateur et la Dordogne est bien la Dordogne. Ce n'est pas ici que nous allons commenter l'actualité politique. Mais les révolutions contre les systèmes corrompus au Maghreb et au Machrek, l'exaspération de plus en plus marquée dans nos pays pour les conflits d'intérêts interrogent aussi notre système de santé.

Partons du voyage en Tunisie de notre Ministre¹. Un des sommets des commentaires des dernières semaines fut le "si ça continue comme ça, dorénavant je passerai toutes mes vacances en Dordogne". Mais il y eut aussi "quand je suis en vacances, je ne suis pas ministre des Affaires Etrangères!". Le porte-parole du Gouvernement commente : "il n'y a pas eu faute, mais ce qui était commun il y a encore quelques années peut choquer aujourd'hui". Certains doivent se retourner dans leur tombe ! Ce qui est commun, par contre, c'est le risque de déconnexion qui guette les gens au pouvoir ou exerçant un pouvoir. Moins grave, plus drôle, on se souvient de V. Giscard d'Estaing allant dîner chez "des Français" et constatant en arrivant : "C'est petit chez vous !", ou d'E. Balladur descendant dans le métro : "il fait chaud là-dedans !"

Cette déconnexion du monde réel et du bon sens nous interroge en effet. Elle est d'origine systémique. Les individus ainsi soumis aux commentateurs et aux satiristes ne sont pas tous "méchants". La fameuse phrase de notre Ministre "Je ne pensais pas à mal..." restera d'anthologie, mais son auteur ne ment pas, elle le pense sérieusement. Déconnexion ! On ne peut s'empêcher de penser, qu'en effet, un petit séjour en Dordogne, dans la "vraie vie", avec de "vrais gens" ne ferait parfois pas de mal.

Cette "déconnexion" est-elle surprenante ? Non. Il y a quelques années, lorsque la juge Eva Joly était aux "affaires", dans tous les sens du mot, bien avant de se lancer en politique, elle tirait les enseignements de sa rude expérience ("Est-ce dans ce monde là que nous voulons vivre ?" - 2003²). "Je comprends peu à peu qu'ils ne voient pas les délits, parce qu'ils évoluent dans un autre monde, physique et mental." A plus forte raison lorsqu'il ne s'agit pas d'un délit mais d'un comportement de bon sens... "La grande corruption se nourrit de ce que les Italiens appel-

lent le « *circolo vizioso dell'arroganza* » (le cercle vicieux de l'arrogance). Elle est semblable à l'enfer : il est facile d'y entrer et presque impossible d'en sortir. L'impunité lui permet de prospérer sans souci. L'engrenage est implacable. Dès que les premières digues ont cédé, la grande corruption entraîne ses bénéficiaires vers une accumulation déraisonnable". Le pouvoir corrompt absolument, dit la sagesse populaire. Il corrompt aussi les comportements apparemment les plus simples. Il brouille le discernement.

Des systèmes de rémunération tels que secteur privé à l'hôpital et le droit au dépassement dans le secteur libéral mènent tout droit les professionnels qui y sont soumis à une impasse, c'est une loi historique nous préviennent les économistes. De plus ils pervertissent les comportements, comme le décrivent ces analyses.

Restons sur les dépassements.

La question est ancienne. Tout d'abord, le corps médical, sage, ne s'en est presque pas servi. Puis il y eut l'axe "Paris Lyon Méditerranée". Beaucoup pensaient donc que ce n'était pas très grave. Puis, c'était inévitable car sociologique, surtout dans le contexte de blocage de certaines de nos rémunérations, la spirale exponentielle s'est enclenchée. Du coup, beaucoup ont compris que, pour gagner plus, on pouvait travailler moins. Le chiffre d'affaires des cliniques s'en est ressenti. Les jeunes, qui ne se sont pas fait médecins pour être marchands de tapis, ont vu dans ce système une raison de plus pour ne pas se faire libéraux. La situation ne peut qu'empirer. Le Conseil de l'Ordre a beau rappeler que la déontologie interdit d'ajuster le montant des dépassements sur les prestations couvertes par les Mutuelles, on apprend que, ça et là, il y aurait des systèmes d'intéressement pour les secrétaires diligentes !...

Xavier Bertrand "1" s'était penché sur le problème. Mais, finalement, il "n'avait plus le temps". Roselyne Bachelot se disait consciente du problème, mais elle "ne pouvait pas tout traiter en même temps". "On verra plus tard" disait-elle. On n'a donc rien vu... Avant les élections, on doute que Xavier Bertrand "2" s'attaque de façon responsable au sujet.



Oui, nous aussi, "nous ne pensons pas à mal". D'ailleurs "les patients comprennent très bien". Pourtant, ils votent avec leurs pieds. Plus on attend, plus la confiance s'érode, plus le choc va être rude. Nous serons alors tentés, nous aussi, de dire comme le Porte-parole du Gouvernement aujourd'hui : "Ce qui était commun il y a encore quelques années peut choquer aujourd'hui".

Eva Joly de nouveau : "Notre appréhension du phénomène est faussée par notre besoin de l'occulter". "Nous vivons les affaires comme un piège à éviter ou un obstacle à surmonter". "Nous occultons la vérité qui en découle". "J'ai assez vécu pour ne pas me faire trop d'illusions. Placés dans la même situation, lancés sur cette orbite là du pouvoir, la plupart d'entre nous trouveraient mille raisons de s'arroger une rémunération à la hauteur de leurs mérites (c'est-à-dire sans limites). Au lieu de conquérir sa légitimité tous les matins dans les yeux des autres, il est plus facile de s'inventer son propre système de valeurs. Notre instinct de toute puissance n'a pas de bornes. Lorsque les élites se soustraient au contrôle social, elles s'auto-intoxiquent entre égaux. Initiés aux mêmes circuits, elles succombent à la même ivresse."

Les politiques peuvent aller se ressourcer en "Dordogne" et on peut les remplacer. Ce n'est pas le cas dans nos métiers. C'est en nous-mêmes, collectivement, qu'il nous faut trouver nos "Dordognes"

En 2006, Transparency International s'attaquait au domaine de la santé. Daniel Lebègue soulignait que "les professionnels [y] sont confrontés à des « conflits d'intérêts » comme on en retrouve dans aucune autre profession" et dénonçait "l'abus de position publique à des fins privées"³.

Oui l'actualité nous parle. Il est temps d'agir, par intérêt bien compris autant que par responsabilité, pour proté-

ger notre avenir.

Justement, cette semaine, deux spécialistes nous convient à "penser" les réformes indispensables qui attendent nos systèmes de santé. J. de Kervasdoué répond de façon courte mais très argumentée à la question du Moniteur des Pharmacies⁴ "lors du 63e Congrès des pharmaciens qui s'est déroulé fin octobre à Marseille, vous avez décrit une situation catastrophique de notre système d'assurance-maladie. Pouvez-vous nous expliquer en quoi la situation est si grave ?" Les faits sont têtus disaient-on au début du siècle dernier. En effet, l'interview le montre. Sa conclusion personnelle est la suivante : "On attendra - j'allais dire comme toujours - d'être dans le mur, d'être contraint par les marchés de prendre des dispositions drastiques pour réformer, au plus tard en 2013, peut être avant." S'il dit vrai, à chaud, les réformes seront encore plus difficiles à concevoir si on les veut cohérentes avec l'utilité sociale de nos métiers.

Cela donne encore plus de relief aux deux conférences données au CNAM par Joseph White⁵ et dont la seconde s'intitule : "Pourquoi les réformes échouent le plus souvent et, parfois, réussissent ? - Ce que les économistes et les hommes politiques devraient apprendre".

Saine et urgente question en effet...

Lectures indispensables est-on tenté de dire.

Cette semaine aussi :

- le Président de l'INCa part codiriger l'AFSSAPS ;
- après avoir entendu l'AFCA, l'Académie de chirurgie décide de créer en son sein une "section chirurgie ambulatoire" ;
- la DGOS semble enfin prendre conscience des spécificités de l'anatomopathologie...
- et bien d'autres choses encore...

¹ Fin décembre 2010, au début des événements de Tunisie, Michèle Alliot-Marie a passé ses vacances en Tunisie accompagnée de son compagnon Patrick Ollier, ministre des relations avec le Parlement, et de ses parents. Elle y a utilisé à titre gracieux un jet privé appartenant à Aziz Miled, homme d'affaires proche du clan Ben Ali-Trabels. Elle s'en est longuement expliquée en janvier dans de nombreux supports de presse, à la radio, à la télévision et à l'Assemblée Nationale. Reprenant ses premières déclarations, elle assure fin janvier être "évidemment ministre 365 jours par an, 24 heures sur 24", mais estime que "M. Miled n'a pas invité le ministre français des affaires étrangères, mais une amie et sa famille".

² Eva Joly et Laurent Beccaria, *Est-ce dans ce monde-là que nous voulons vivre ?*, éd. Les Arènes, Paris, 2003 (« Folio documents », Gallimard, Paris, 2003. Les citations reprises ici sont pp. 73, 242, 295, 296

³ Cf. mail UNHPC 2006/156 du 29-5-2006 : Jean-Pierre ROBIN - Chronique - *Les systèmes de santé prédisposés à la corruption* - Le Figaro 15 mai 2006 / La traduction française du Rapport mondial sur la corruption 2006 de Transparency International est disponible aux éditions ECONOMICA, 49 rue Héricart, 75015 Paris et téléchargeable sur : http://www.transparency.org/publications/gcr/gcr_2006/gcr_french_2006#part1

⁴ Jean de KERVASDOUÉ, Entretien, *La France a inventé le principe génial des médicaments à moitié efficaces*, Propos recueillis par Magali Clausener Le Moniteur des Pharmacies n° 2867 du 5 février 2011

⁵ Cf. Mail UNHPC 11/88 du 12-2-2011 - Réformes en santé - avec le texte des deux premières conférences prononcées au CNAM, à Paris, les 31 janvier et 9 février par le Pr Joseph White (Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio) sous les titres : *La réforme de santé du président Obama : les États-Unis sont-ils en train d'abandonner le modèle américain ?* et *Pourquoi les réformes échouent le plus souvent et, parfois, réussissent ? - Ce que les économistes et les hommes politiques devraient apprendre*.

**Il aura fallu 7 ans et 5 mois
pour la mise au point
du nouveau dispositif
d'autorisation concernant
le "traitement du cancer".**

**Beaucoup
attendent encore...**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/07

Date de parution : lundi 21 février 2011

Sujet : **Dispositif d'autorisation de l'activité
cancer**

Mots types : DHOS - INCa - FNCLCC - CHU - CH - FEHAP - UNHPC - ANAES - Critères - Agrément - Procédure - Simplification - Activité de soins - ARS - Préalable - Acheteur intelligent - Résultats médicaux - Certification - Accréditation

Année 2011 - p. 29/210

Avec la parution de la "note technique" aux ARS du 7 février dernier¹ se clôt un cycle de travail de 7 ans et 5 mois qui a permis de définir le **nouveau dispositif d'autorisation de l'activité de soins "traitement du cancer"**.

Le facteur déclenchant a été l'ordonnance du 4 septembre 2003 "*portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé*"².

7 ans et 5 mois ! Cela vaut bien une chronique sous forme d'essai de bilan provisoire.

Il est trop tôt pour faire le bilan des autorisations nouvelles. Les procédures sont en cours. Mais la parution de cette "note technique" marque la fin de l'écriture du dispositif réglementaire concernant l'autorisation des établissements habilités à prendre en charge les malades du cancer, et c'est de ce point de vue qu'on peut tenter un premier bilan d'étape.

Cette tentative peut se placer de plusieurs points de vue.

Du point de vue de l'intention initiale de "simplification". Chacun sera juge, mais la longueur du processus d'élaboration des textes relatifs au seul cancer, malgré la "priorité" qui lui est accordée, le fait qu'il faut maintenant distinguer 18 activités de soins différentes, elles-mêmes subdivisibles comme l'a montré le cancer, plus 5 équipements lourds³, le fait que la très grosse majorité des textes ne sont pas parus, que leur élaboration, pour certains, n'ait même pas encore commencé, le fait que le seul cancer ait nécessité la mise en œuvre d'une douzaine de textes différents... interroge sur l'entreprise de "*simplification*"⁴.

Du point de vue des enjeux, la "simplification" a, au départ, failli être radicale. Rappelons-nous la question des critères d'agrément. Certains voyaient dans ce nouveau concept la "preuve" qu'il ne saurait plus y avoir de procédure d'autorisation préalable. Il fallait interpréter l'intention du législateur. Le débat a été rude. La DHOS⁵ l'a porté devant les fédérations de cancérologie. Les réunions furent importantes. Cela arrive. Lors de la première la question fut posée. La FNCLCC⁶, consciente de sa capacité à maîtriser le sort futur de la cancérologie une fois la "Mission cancer"⁷ disparue, jouait le "libéralisme". Il ne fallait plus d'autorisation. Ce système était dépassé. Il fallait s'en remettre au futur INCa⁸ pour "agrémenter" les

futurs établissements ! La fédération des CHU⁹ nous informa qu'elle n'était pas là pour influencer l'Etat, mais qu'elle soutiendrait la position que prendrait ce dernier. La fédération des CH¹⁰ s'en remettait à l'interprétation du Plan Cancer qui, pour elle, "*était au-dessus de la constitution*". La FEHAP¹¹ restait prudente, n'ayant pas eu le temps de consulter ses instances. L'UNHPC plaida fortement pour le maintien d'un système d'autorisation préalable. La DHOS, soutenue par la FNCLCC, fit prendre l'engagement à chacun de ses interlocuteurs de rédiger une note justifiant leurs orientations. Seule l'UNHPC respecta son engagement en plaidant en opportunité, en équité comme en droit. Une étrange alliance entre les "planificateurs" du Ministère et les libéraux représentés par l'UNHPC fit pencher vers l'autorisation par l'Etat plutôt que l'agrément par une agence. Ce combat-là fut donc gagné. L'UNHPC y a tenu une part importante. Il ne faut pas le regretter. Mais il faut aussi connaître cet épisode pour comprendre le jeu des acteurs par la suite.

Du point de vue de l'intérêt général il est clair qu'il vaut mieux vivre dans un pays qui impose l'obtention d'un permis de conduire avant de conduire que dans un pays où il n'y a pas cette obligation. En fait, l'administration française a, sur ce sujet, une tradition fondatrice pour ce qui concerne le système hospitalier. On le voit bien si on se compare à la tradition anglo-saxonne. Sur quoi repose cette tradition ? : sur un triptyque et sur une séparation des pouvoirs. De façon traditionnelle nous distinguons en effet :

- l'autorisation préalable qui est de la responsabilité de l'Etat ;
- les contrôles du payeur supposé être "acheteur intelligent", c'est-à-dire capable de vérifier "prix - qualité - délai" de ce qu'il achète, qualité signifiant ici respect du cahier des charges ;
- et enfin les résultats médicaux - c'était l'enjeu de la création de l'ANAES¹² dont les professionnels étaient en charge. Ce troisième volet ne peut exister que si les deux premiers fonctionnent, sinon c'est l'accréditation forcément limitée à "structure - procédure" qui sert d'autorisation pour l'acheteur comme dans les pays anglo-saxons, et l'évaluation en termes de résultats médicaux a du mal à s'établir, malgré l'excellence de certaines expériences, car elle reste "hors système".



Qu'est devenu ce point fort de la tradition et de l'expérience française ?

Les choses étaient loin d'être parfaites, mais il faut hélas constater que l'étatisation complète du système a brouillé l'ensemble et génère de la confusion. Tout le monde se mêle de tout. La qualité serait partout. On la réduit pourtant le plus souvent à la sécurité. Cette confusion générale des concepts et des champs de responsabilité fait le lit du développement de conflits d'intérêts de plus en plus nombreux et qui ne font que la renforcer.

Du point de vue des critères retenus. Dans ce contexte, il ne faut pas s'étonner du trouble et du manque de rigueur méthodologique qui ont accompagné la détermination des critères d'autorisation.

Ne revenons pas sur le fait qu'on a défini les critères d'autorisation de la chirurgie et de la médecine du cancer sans avoir, au préalable, défini et mis en place ceux relatifs à la chirurgie et à la médecine en général. Le toit avant la maison : c'est miracle que ça tienne. C'est aussi l'occasion de rendre hommage aux responsables du dossier.

Mais il faut se souvenir du Président D. Khayat assurant à plusieurs reprises devant les plus hautes instances et devant des PUPH¹³ médusés d'apprendre que cette procédure s'appliquerait aussi à leur établissement que "*le refus d'autorisation n'est pas une sanction*". "*Mal nommer les choses c'est ajouter au malheur du monde*" disait Camus.

Il faut se souvenir de la DHOS et de l'INCa disant et écrivant que l'autorisation était en France une "*création nouvelle*", qu'elle n'avait encore jamais existé !

De la DHOS et de l'INCa imposant des critères "qualité" là où il ne devrait y avoir que des critères minimaux de type "structure et procédure".

De la Ligue, soutenue par l'INCa, assurant haut et fort et faisant dire au Président de la République lui-même que l'on pouvait maintenant "*assurer*", "*garantir*" aux malades "*la qualité de leur prise en charge*" grâce à des seuils fixés si bas que les politiques, prudents, les ont parfois rehaussés malgré le travail "*scientifique*" qui leur était présenté.

Rappelons-nous aussi la capacité du "système" à phagocyter le "dispositif d'annonce" transformé aussitôt en opération de détournements de financements publics (ah, les subventions !) et en support de création d'emplois infirmiers alors que l'exigence des malades était une exigence de plus de "*respect*" de la part du corps médical dans l'annonce de la maladie. Heureusement, sur ce dernier sujet, dame nature est bonne mère et l'amélioration de nos pratiques est vite devenue une exigence consensuelle. L'enquête en cours sur le ressenti des malades va, elle, dans le bon sens, enfin. Mais elle prouve, s'il en était besoin, qu'on est dans la sphère de l'évaluation permanente et non dans celle de l'autorisation préalable.

Du point de vue de la procédure, ce qui vient d'être dit n'est pas sans conséquence. Le refus constant de la DHOS et de l'INCa de traduire chaque critère retenu en éléments de vérification objectifs et mesurables pour la visite de conformité (dont la nécessité a même été longtemps niée pour calmer les inquiétudes de certains qui "*n'en avaient jamais vu...*") se paye aujourd'hui. En l'absence d'une telle grille d'évaluation objective, support de

l'inspection, comment peut-on imaginer une procédure homogène, une inspection homogène, un niveau d'exigence homogène selon les équipes d'inspection, selon les régions, selon la taille et le statut des établissements ? Même si, dans le cas qui est le nôtre, la cancérologie, les consignes politiques semblent être aujourd'hui de ne pas être trop sévère, on voit, bien évidemment, se développer des différences importantes dans la façon dont les Régions s'organisent et dans leur niveau d'exigence. Demeure aussi, et partout, le flou sur la façon dont on va juger du respect des critères dits "de qualité". Alors, est-ce cela l'égalité républicaine ? Est-ce cela l'égalité d'accès aux soins ?

Certaines ARS¹⁴ prennent des libertés avec la réglementation nationale et surajoutent leurs propres exigences. Les seuils sont détournés à coups de "coopérations" et de GCS¹⁵ formels qui permettent que rien ne change. La dernière note technique laisse penser qu'on peut tout inspecter lors de la visite de conformité. Certes l'inspection du costume cravate peut être importante, mais il convient pourtant de ne pas la confondre avec la vérification du code et de la capacité à conduire lors de l'épreuve du permis. Bref, ça part un peu dans tous les sens. La situation des établissements en termes du minimum requis devait se clarifier, elle se brouille.

On a vu par ailleurs apparaître des notions tout à fait nouvelles. Des raisons d'opportunité politicienne comme les conflits d'intérêts dans l'administration font que l'Etat a peur d'appliquer ses propres lois à "son" hôpital. Cette donnée a souvent été sous-évaluée par le privé, habitué qu'il était à plus d'impartialité et d'indépendance de la part de la plupart des Caisses lorsque les CRAM¹⁶ procédaient aux visites de conformité.

Ainsi, on a vu apparaître le droit d'exercer avant d'être autorisé et le délai pour se mettre aux normes. Imaginez un pays où on dirait au jeune conducteur incapable de subir les épreuves du permis : "*Vous ne savez pas encore conduire. Ce n'est pas grave, vous pouvez conduire pendant quelques mois, à la suite de quoi nous verrons bien si vous savez alors conduire correctement !*". Il devrait en être de la sécurité des patients comme de la sécurité sur les routes ! Il faut savoir parfois prendre du recul pour retrouver un minimum de discernement sur nous-mêmes...

Dans la dernière "note technique", on voit apparaître le droit pour les ARS de solliciter les sociétés savantes pour compléter les équipes d'inspection : on a là une illustration supplémentaire de la confusion régnante. Grave. Espérons que les sociétés savantes auront assez de respect d'elles-mêmes pour refuser ce transfert de responsabilité.

Au total, les procédures ne sont pas toujours homogènes, ni toujours cohérentes avec la finalité recherchée. Surtout l'Etat ne semble pas maîtriser les procédures dont il est pourtant responsable.

Du point de vue du privé et de son intégration au "service public" de la santé. La mainmise de réseaux d'influence sur l'Etat, son incapacité à se prémunir des conflits d'intérêts, l'importance stratégique du cancer, l'importance du privé dans son dépistage comme dans sa prise en charge, son avance dans la relation avec "la ville" ne pouvaient rester sans conséquence en termes de recherche de "restructuration". Illustrons par quelques

exemples pris dans l'ordre, au cours de cette période.

On a vu des réunions longues au cabinet pour que le dépistage organisé soit entièrement confié aux CHU et aux CLCC avant que nos responsables se rendent compte que ce n'était matériellement pas possible.

Puis, malgré le fait que les seuils ne nous inquiétaient pas, l'aveuglement idéologique a fait longtemps croire à nos responsables que les seuils allaient restructurer le système au profit du public.

Puis on s'est attaqué à l'anatomopathologie libérale en pensant, ce qui est sans doute vrai, que l'anatomopathologie était la clef des prises en charge du cancer dans le futur.

Sans parler des financements publics liés au Plan Cancer qui se transforment le plus souvent en outils de restructuration en faveur du public, l'évolution du "forfait cancer" qui devait remplacer les très inéquitables MIG¹⁷ cancer en est la dernière illustration.

Et que dire du dossier sur la compétence pour la primo-prescription, de celui du Yondelis¹⁸ réservé à quelques "amis", sinon : à quoi servent donc les autorisations ?

La caricature des dossiers de la non-réforme du K15 en chimiothérapie et le fait que malgré trois Plans Cancer, les drames d'Epinal et de Toulouse, deux Feuilles de route, l'Etat préfère toujours ne pas savoir "qui fait quoi et où" en matière de radiothérapie en refusant de nous soumettre au PMSI¹⁹, même réduit au "PMSI descriptif", finissent hélas, dix ans après, par porter sens et nous faire perdre tout reste de naïveté sur les pouvoirs qui nous gouvernent ! Faut-il rappeler aussi le rôle que veut donner l'Etat aux GCS, véritables outils d'aspiration, alors même que nous avons besoin d'un vrai droit de la coopération, au sens du dictionnaire, et d'un droit adapté au nouveau régime des responsabilités d'une médecine "concertée", conformément aux bonnes pratiques.

Au lieu d'intégration des acteurs dans leur diversité, on supporte le privé comme un mal nécessaire qu'il faut limiter, au mieux, on l'oublie.

Du point de vue du futur des dispositifs d'autorisation.

Tout est difficile, mais tout n'est pas négatif.

Nous avons sauvé l'exigence de l'autorisation préalable.

Grâce à l'INCa, pour la première fois, l'Etat constitue un fichier des autorisations qu'il a lui-même accordées et ce fichier est public²⁰. Pourvu que cela fasse jurisprudence !

Le cancer a su arriver au bout de la procédure, même si, nous l'avons vu, elle est très imparfaite. Le blocage du dossier pourtant prioritaire du dispositif d'autorisation en médecine et chirurgie montre que ce n'était pas gagné. L'Etat aurait pu reculer sur ses responsabilités en cancérologie autant qu'il l'a fait en chirurgie et en médecine. La dynamique des Plans Cancer l'en a empêché.

Mais cette exigence d'une autorisation préalable reste une exigence de santé publique. Seul l'Etat a la légitimité pour la mener à bien. Ce combat pour un vrai dispositif d'autorisation, exigeant et équitable, pour des méthodes et une procédure cohérentes avec l'objectif poursuivi, reste un combat nécessaire. Beaucoup de fonctionnaires et de médecins conseils en sont conscients.

Ce dispositif d'autorisation préalable est un des piliers de notre système de soins. Il est la condition pour qu'un jour puisse se développer une vraie évaluation de la qualité. Il est un rempart contre la loi du plus fort dans un système de santé où les conflits de pouvoirs sont forcément dominants. Il a fallu 7 ans et 5 mois, mais le dispositif est en place pour le cancer. 18 activités de soins et 5 équipements lourds sont concernés. Le cancer n'a fait qu'ouvrir le chantier. Le combat continue donc.

Compte tenu de la capacité de l'Etat à produire du droit, il est proprement hallucinant que ce chantier ne soit pas terminé, qu'il ne soit pas considéré comme une priorité absolue, comme un impératif préalable, comme une "ardente obligation" par tous nos responsables politiques. Il faut le leur rappeler.

Pas plus que le public, le privé n'est parfait. Mais habitué à être plus contrôlé, moins payé, ayant vécu sous un système plus contractuel avec l'assurance-maladie, souvent mal traité, soumis à des pressions corruptrices de la part de l'Etat, considéré comme plus suspect aux yeux des responsables, il est souvent plus conscient des exigences républicaines qui fondent notre système de santé. Tout au long de ces années, nous n'avons pas démerité, rappelant l'Etat à ses responsabilités, assumant les nôtres, appelant, sans nous décourager, aux clarifications nécessaires. Les critères d'autorisation sont des minimums, mais ils sont exigibles, les critères d'évaluation qualitatifs sont nécessaires, mais d'un autre ordre - ce n'est pas parce qu'on a un permis de conduire que l'on donne la garantie d'une conduite irréprochable. Pour autant, une vraie épreuve de permis, sanctionnante, est indispensable. Ce combat est donc indispensable.

Une étape a été franchie, importante. Il nous faut maintenant assumer ses limites. Mais que cela ne nous fasse pas oublier qu'il reste encore beaucoup d'étapes à franchir sur ce dossier de définition des dispositifs d'autorisations. Ce dossier, comme d'autres, a montré que le privé se défend mieux pas ses contributions à la construction d'un système cohérent que par ses réseaux d'influence qui sont, et resteront, faibles. Il faudra encore savoir tenir notre place dans les étapes qui restent à franchir.

- ¹ Fiche technique "*Visite de conformité*" envoyée par la DGOS aux ARS, datée du 7 février 2011 et signé de Mme A. Podeur. Cf. mail UNHPC 11/92 du 18-2-2011
- ² Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation J.O n° 206 du 6 septembre 2003 page 15391
Communiqué du Cabinet de Jean-François Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Paris, le 3 septembre 2003 : "*L'ordonnance de simplification en matière sanitaire présentée au Conseil des ministres du 3 septembre 2003 constitue une étape importante pour la mise en œuvre du plan Hôpital 2007, qui vise à redonner aux établissements hospitaliers publics et privés confiance en leur avenir et fierté dans leur métier au service des Français.*" [...] "*L'objectif de l'ordonnance est de simplifier les outils de planification, le régime des autorisations des activités de soins et les formes de coopération*".
- ³ Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires : l'article R. 6122-25 (R. 712-28) énumère les "*activités de soins, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et les équipements matériels lourds*".
- ⁴ En ce qui concerne le cancer cf., entre autres, le schéma UNHPC régulièrement mis à jour tout au long de cette période, au fur et à mesure de la sortie des textes réglementaires et diffusé sous le titre : "*Pour comprendre le dispositif d'autorisation - activités de soins « traitement du cancer » - la nouvelle réglementation -*"
- ⁵ 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)
- ⁶ Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
- ⁷ Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer - MILC - dont le Déléguée était Mme Pascale Briand
- ⁸ Institut national du cancer
- ⁹ Fédération Nationale de Cancérologie des Centres Hospitaliers Universitaires
- ¹⁰ Fédération Nationale de Cancérologie des Centres Hospitaliers (Généraux)
- ¹¹ Fédération des établissements hospitalisation et d'assistance privés à but non lucratif
- ¹² Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ¹³ Professeur d'université - Praticien hospitalier
- ¹⁴ Agence régionale de santé
- ¹⁵ Groupement de coopération sanitaire
- ¹⁶ Caisse régionale d'assurance maladie (devenues CARSAT en 2010)
- ¹⁷ Mission d'intérêt général
- ¹⁸ Arrêtés du 4 décembre 2009 (JORF 10 décembre 2009, NOR : SASS0929190A) et du 4 février 2011 (JORF n°0033 du 9 février 2011 page 2518 texte n° 29 - NOR: ETSS1103818A) modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics
- ¹⁹ Programme de médicalisation des systèmes d'information
- ²⁰ L'INCa publie sur son site une "*Carte des établissements traitant le cancer*" Cf. : <https://www.e-cancer.fr/soins/offre-de-soins-hospitaliere-en-cancerologie/cartographie> - "*Une fiche individualisée précise les coordonnées et l'adresse du site Internet de chaque établissement, ainsi que les traitements des cancers qu'il prend en charge (chimiothérapie, chirurgie des cancers, radiothérapie)*".
Cf. aussi la note INCa du juin 2010 : "*Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010*" : "*881 établissements de santé sont autorisés à traiter les malades du cancer sur l'ensemble du territoire national et constituent l'offre de soins hospitalière en cancérologie en juin 2010. Cette autorisation leur a été délivrée par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Ils disposent de 18 mois, jusqu'en mai 2011 au plus tard, pour remplir tous les critères attendus et voir leur autorisation confirmée jusqu'en 2013.*"

**Les MIGAC en hausse :
"en faisant cela,
nous donnons
davantage de moyens
aux agences
régionales de santé"**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/08

Date de parution : lundi 28 février 2011

Sujet : **Arbitrages de la campagne tarifaire 2011**

Mots types : ONDAM - Tarifs - Productivité - Chirurgie ambulatoire - USA - HCSP - Transmission d'informations - DREES - Distances - RCP - CBU - Instruction - Droits des patients - Qualité perçue - Soins - A. Loth - G. Johant - MT2A

Année 2011 - p. 33/210

À partir du vote de l'ONDAM¹ et d'une enveloppe hospitalière évoluant de + 2,8 % (soit + 2 milliards), **le Ministère a fait part des orientations et des arbitrages concernant la campagne tarifaire 2011.** Le tout sera officialisé cette semaine par les tarifs applicables au 1^{er} mars :

- prévisions d'augmentation de volume de + 2,4 % (contre 1,7 % en 2010)
- baisse consécutive des tarifs de 0,05 % dans le privé, d'environ 0,7 % dans le public, après convergence
- liste en sus : + 6 %
- augmentation de l'enveloppe MIGAC² de 2,8 % annoncée avec une enveloppe de 8,3 milliards au lieu de 7,8 (ce qui ferait en fait + 6,4 %)
- 1 % des MIGAC est prévu pour la formation des internes dans le privé : c'est une première, importante pour nous
- annonce de nouvelles mesures incitatives pour la chirurgie ambulatoire
- convergence sur près de 200 tarifs (35 l'an dernier)
- sanctuarisation confirmée pour la cancérologie (hors DMI³ devrait-on dire...), les soins palliatifs et pour les AVC⁴

Les grandes lignes de la politique gouvernementale sont donc confirmées. Cela fait 6 ans que les tarifs ne bougent plus alors que les achats dérivent au rythme de l'inflation générale et que l'administration met en place des hausses structurelles du coût du personnel et alourdit les charges avec des impératifs organisationnels et bureaucratiques. Après une pause, l'enveloppe MIGAC reprend de l'importance relative : cela signifie que le gouvernement privilégie l'approche subvention au détriment de l'enveloppe tarif, qu'il se libère, avec cet artifice, de ses engagements ou plutôt de la pression parlementaire sur la convergence. En augmentant la part des MIGAC, elle se fait toute seule. Tout le monde reprend d'ailleurs publiquement un pourcentage de l'écart public/privé régulièrement en baisse. Bientôt il n'y aura plus de problème. On voit poindre le moment où on nous dira que le privé est plus cher que le public !

Une autre dimension de cette politique de subvention est maintenant affirmée. On l'avait déjà vu décrite dans l'af-

faire du "forfait cancer". Elle est confirmée par le Ministre : *"en faisant cela, nous donnons davantage de moyens aux agences régionales de santé, qui pourront allouer cette enveloppe selon les réorganisations locales, notamment"*⁵. Les "coopérations-aspirations" vont être subventionnées, plus encore que par le passé. En période électorale cela donne sans doute des garanties en termes de restructuration...

Au total, de nouveau, une année difficile pour les gestionnaires d'établissements et pour leur personnels. La question de la productivité dans les services de santé reste centrale. Après plusieurs séminaires entre administrations on attend ce qui sera mis en place concernant la chirurgie ambulatoire. Elle reste en effet la source principale de productivité en MCO⁶. Ce qui est nouveau c'est que l'ANAP⁷, la HAS⁸ et tous les services du Ministère, sont d'accord pour la politique incitative la plus efficace, celle du tarif identique. Seule la DGOS⁹ bloque. Elle reste sur l'idée que la planification est plus incitative que le tarif. C'est elle qui fixe les tarifs. Il sera intéressant de voir la semaine prochaine si, malgré les prises de conscience récentes sur ce point fondamental, on gagne en cohérence, ou si l'administration reste figée et contradictoire avec ses priorités déclarées.

Cette question de **la productivité** reste en grande partie taboue en France et difficile à appréhender dans le contexte culturel de nos administrations, même si la mode de la "performance" et la pression des faits amènent petit à petit à la poser.

Il y a deux ans nous avons signalé les interrogations des Irlandais sur le fait que la productivité hospitalière était, chez eux, toujours en retard par rapport à celle des autres secteurs. Les Anglais considèrent cette question de la productivité comme essentielle et mettent en place une organisation plus concurrentielle de leur système de soins hospitaliers. Leur expérience devra être suivie de près. Les Américains se sont eux aussi emparés de cette question. Ils montrent sur ce sujet une liberté et une capacité de réflexion pragmatique qui reste pour nous source d'étonnements et d'admiration. Le titre du dernier livre diffusé sur ce sujet par l'Institute of Medicine est à cet égard significatif : **The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes**¹⁰. L'objectif revendiqué a quelque chose de stupéfiant : réduire la



charge financière par tête de 10 % en dix ans sans diminuer ni le niveau de santé de la population, ni la qualité des soins prodigués, ni la capacité d'innovation du système. Dans ce cadre, les séminaires organisés par l'IOM avaient pour but de dégager des pistes en termes de stratégies, de gisements à explorer, d'options politiques à définir¹¹.

La question est de savoir quels sont les blocages qui, en France, nous empêchent d'avoir cette liberté d'exploration publique et interprofessionnelle des conditions de notre avenir. Sans doute cela nous amènerait à poser la question des effets de l'étatisation complète de notre système et de sa "politisation", au sens de sa gestion "politicienne" privilégiant la gestion des corporations et les emplois publics sur la question de l'efficacité en termes de santé publique.

Cette semaine, nombreuses ont été les occasions d'aborder d'autres questions de fond. Nous ne pouvons ici qu'en évoquer quelques-unes.

- Le rapport du HCSP¹² sur "**Les systèmes d'information pour la santé publique**" note au passage que "*de nombreux professionnels de santé considèrent que la transmission des données qu'ils recueillent auprès de leurs patients ne fait pas partie de leurs missions, et certains exigent une rémunération spécifique pour ce type d'activité*"¹³.

Il y a données et données.

Chacun se souvient du sauvetage du PMSI¹⁴ face à l'opposition des représentants de l'Hôpital public et de la CNAM¹⁵ au début des années 90. Ce fut l'erreur stratégique majeure de Gilles Johanet, son Directeur à l'époque : la CNAM ne s'en est pas remise et nous en payons toujours les conséquences. A cette époque donc, 16 cliniques s'étaient lancées dans une "expérimentation" PMSI, grâce et avec la petite équipe de la "Mission PMSI" d'André Loth et d'Elias Coca. Au "Comité de pilotage" il n'y avait pas de médecins. L'Etat, comme toujours, en avait peur. L'UHP¹⁶ voulait les impliquer dans cette approche médicale de la tarification future. Allaient-ils tout bloquer en voulant se faire payer, ce qui aurait renforcé l'opposition de la CNAM ? Une fois intégrés dans le Comité de pilotage, ce fut l'honneur de Serge Larüe-Charlus de défendre, au nom de la CSMF¹⁷ et avec l'UHP, la position selon laquelle "dire ce qu'on avait fait" faisait partie de l'acte, de la même façon que faire sa facture d'honoraires faisait partie de l'acte. Tant que les honoraires n'étaient pas facturés et tant que le bordereau PMSI n'était pas rempli, l'acte n'était pas terminé. Ce fut un grand moment, fondateur d'une conception moderne de la médecine. Cela valait de le rappeler sous forme d'hommage.

Aujourd'hui, le dossier, porté en particulier par les anatomopathologistes, est de nature différente. On ne parle plus de l'acte, mais de la transmission de données à visées épidémiologiques. Le service rendu n'est plus le service au patient, l'acte, mais le service à la société. Bien sûr comme le dit le HCSP, dans les deux cas, il s'agit d'une « obligation de service public ». Mais ici, ce service supplémentaire nécessite des garanties spé-

cifiques pour le patient, pour le médecin, comme pour le destinataire. Il faut donc bien "*dégager les ressources nécessaires pour ceux qui fournissent une prestation : les professionnels comme les organismes utilisateurs*".

L'appui du HCSP aux professionnels est important.

Comme le disait souvent André Loth : « *Dans l'information médicale, il y a deux finalités majeures :*

- celle qui sert à soigner le système ou la structure (gestion du risque),
- celle qui sert à soigner les malades »¹⁸.

Cela reste vrai et la distinction est importante.

- La DREES¹⁹ nous indique que, toutes pathologies confondues "**près de 30 % des patients sont hospitalisés à moins de 10 minutes de chez eux et près de 50 % à moins de 20 minutes.**" Un quart le sont à plus de 37 minutes. Cette étude qui fourmille de détails va permettre de recadrer certains débats nationaux...
- Gilles Johanet a remis son **rapport sur la responsabilité civile médicale** à Xavier Bertrand²⁰. Dossier lourd, long et très technique qui empoisonne la vie de beaucoup et grève l'avenir depuis trop longtemps. Il y fait des propositions fondées sur la mutualisation des risques lourds. Elles sont bien accueillies. Il faut espérer qu'assureurs, professionnels, Assurance maladie et Etat trouvent maintenant et rapidement les voies d'un accord.
- Dans l'histoire du **contrat de bon usage** nous franchissons une nouvelle étape avec la parution cette semaine d'un nouvelle circulaire. On l'appelle ici "**instruction**"²¹. Chacun se souvient de l'origine. Les services du Ministère piaffaient d'imposer leur tutelle aux Pharmacies. Les responsables de la DHOS étaient persuadés que si les dépenses de médicament croissaient trop vite, c'était parce que les Etablissements ne savaient pas acheter. A côté de ça le Plan Cancer 2003-2007 avait créé la "Liste en sus" et il convenait de dire qu'il n'y avait pas de problème de financement des médicaments coûteux en France. Pour en être sûr on prenait bien soin de ne pas faire d'étude médicoéconomique sur les nouvelles molécules. Enfin quoi, il ne faut pas nous prendre pour des Anglais ! Et pourtant il fallait faire quelque chose. Les planificateurs de la DHOS enrageaient de constater que le Ministre soutenait la "Mission T2A"²² qui, bien que toute seule et très faible, faisait avancer son dossier T2A. On allait voir ce qu'on allait voir. On chargea donc la Mission T2A de résoudre la contradiction. Lors d'une des réunions d'encadrement elle eut la bonne idée de faire la liste à la Prévert de toutes les bonnes idées émanant des services. Il y en avait beaucoup en effet et personne ne contestait qu'il y avait beaucoup à faire. On aurait donc pu s'attendre à ce que ces hauts responsables hiérarchisent, étalent dans le temps, prennent garde au financement. Que nenni. Tout le monde se dit que, décidément, cette Mission T2A, si dangereuse, savait aussi être bonne. En bureaucratie en effet, plus c'est gros plus ça plaît.

Et ce fut le CBU. Il était truffé de bonnes idées, mais tout le monde savait qu'il ne résoudrait rien en termes d'inflation des dépenses de médicament. Tout le monde ferait semblant, comme toujours en bonne bureaucratie. Ce CBU n'était-il pas "innovant" et "exemplaire", sans déroger, lui, à la culture dominante ? N'avait-on pas décidé en complément de se doter d'"observatoires", sans définir très bien au début s'il s'agissait d'observatoires du type "Pic du Midi" ou d'observatoires types "radar du bord de route".

Mais voilà, le temps passe et, comme prévu, les problèmes de financement demeurent. Il est donc temps de produire une nouvelle circulaire. Qu'est-ce qu'on va donc lui faire dire ?

Cette semaine, on a trouvé.

On classe les priorités. L'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de l'établissement est mis avant celui de l'amélioration des pratiques de prescriptions. Pour aider, on fait comme si tous les patients, toutes les pathologies étaient rattachables à un référentiel standard de prescription. On fait comme si tout le monde était équipé de logiciels d'aide à la prescription et comme si ces logiciels étaient vraiment opérationnels. On fait comme si les systèmes d'information pouvaient tout mesurer, y compris l'adéquation des prescriptions. On laisse plus de temps à l'administration pour lire le rapport qu'à l'établissement pour le rédiger. On baptise l'injonction du beau nom de "contrat". Le nombre de réunions tenues fait bien sûr partie des indicateurs significatifs de "*l'implication des structures*". Bref, on fait comme si la médecine était une administration fonctionnant selon des normes. On progresse vraiment. On pourra donc sanctionner.

... Quel était le sujet déjà ? ...

- **L'année 2011 sera "l'année des patients et de leurs droits"** nous dit-on. Comment ne pas s'en réjouir ? Trois rapports sont parus cette semaine, car il y avait trois "missions" et chacune a rendu sa copie. Beaucoup de travail et beaucoup de propositions en effet. 115 pour "*Faire vivre les Droits des patients*"²³, 25 pour la "*Bienveillance et la qualité de service à l'hôpital*"²⁴, 50 pour "*Les nouvelles attentes du citoyen*"²⁵. Il faut s'y pencher avec attention, le sujet est d'importance et les travaux de qualité. Les dix ans de la Loi Kouchner²⁶ valent bien de faire un point d'étape complet et exigeant. Mais il faut aussi être vigilant sur les effets pervers que pourrait engendrer la réduction de ce sujet fort à une mode politicienne. Osons trois illustrations.

- La mission ministérielle chargée du **rapport** « *Promouvoir la bienveillance dans les établissements de santé* » devait, entre autres, "*définir la bienveillance*". Elle a manifestement eu bien du mal. En guise de définition elle propose 7 pages de texte²⁷, et pas toujours d'une grande qualité ! On ne sait s'il faut s'étonner, regretter ou se réjouir de ces difficultés. Définir le "bien" est toujours difficile et c'est presque toujours très

dangereux. Se contenter de définir le "mal" n'est pas plus simple, mais c'est moins dangereux et plus fondateur d'organisations saines. Le rapport est intéressant et la réflexion nécessaire, mais on n'ose imaginer les dérives à venir si nos Ministres mettaient en place des recommandations comme celle visant à la définition d'un "*Programme national de développement de la bienveillance*" ou celle consistant à "*Mettre en place un dispositif national de pilotage pour tendre à la bienveillance*", "*Promouvoir, structurer et animer un réseau national bienveillance*"²⁸ et plusieurs autres !

- La Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, dans sa dernière livraison, nous fait part des résultats d'une enquête européenne sur la "**Perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteintes de maladie chronique**". Les "*résultats semblent [...] valider l'hypothèse selon laquelle la perception de la qualité des soins par les patients reflète davantage un vécu personnel qu'une qualité technique*"²⁹. L'histoire de l'accréditation au Canada nous avait déjà alertés. Focaliser l'évaluation sur l'opinion des patients revient à démedicaliser l'évaluation en santé. Or l'enjeu premier reste, pour nous soignants, d'améliorer les résultats médicaux. La tension entre ces deux logiques, dans le cadre du respect des droits reste donc nécessaire.
- Enfin, il ne faut pas oublier non plus qu'il y a au moins trois grandes approches sinon conceptions du "soin"³⁰ :
 - celle découlant de la mise en œuvre d'une compétence, de l'evidence based medicine dans le cadre du colloque singulier ou, selon l'expression "une confiance rencontre une conscience" ;
 - celle du droit, de la traduction sociale et juridique de la première. Les patients se comportent ici comme des groupes sociaux susceptibles de porter des revendications et d'obtenir la protection de certains droits ;
 - celle enfin de l'hospitalité comme l'appelait la tradition séculaire qui a donné son nom à l'hôpital, celle du "care" comme on dit maintenant. Dans la relation de subordination et l'asymétrie d'information qui caractérise les rapports soignants-soignés, il s'agit d'établir une relation respectueuse, au sens où elle laisse à l'autre le soin de fixer la norme. Elle crée un espace d'accueil au sein duquel les attentes ne sont pas fixées a priori.

Le bon soin ne peut qu'être issu de la tension entre ces trois approches, ces trois exigences. Que l'une l'emporte sur l'autre et les effets pervers apparaissent. Puisse cette année des droits des patients nous permettre d'approfondir les trois, et leurs nécessaires interactions, ensemble !

- 1 Objectif national de dépenses d'assurance maladie
- 2 Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- 3 Dispositif médical implantable
- 4 Accidents vasculaires cérébraux
- 5 Xavier Bertrand : « *L'objectif de dépenses d'assurance-maladie a été strictement tenu en 2010* » - Les Echos du 24/02/11
- 6 Médecine - chirurgie - obstétrique
- 7 Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- 8 Haute autorité de santé
- 9 Direction générale de l'offre de soins
- 10 Pierre L. YOUNG and Leigh Anne OLSEN - Roundtable on Evidence-Based Medicine; Institute of Medicine - National Academy of Sciences - *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary* - Box S-1 - ISBN: 0-309-14434-5, 852 pages, 6 x 9, (2010). Cf. mail UNHPC 11/115 du 26-02-2011
- 11 A propos des dépenses de santé aux USA, cf. aussi l'intéressant rapport : *Administrative costs in health plans: A systematic review of current studies* - Deloitte Center for Health Solutions, Washington, DC December 2009 : « The range of methodologies and activities included in defining and quantifying administrative costs in health plans for public and private plans varies widely. A range of 9 to 41 percent in the literature reflects wide variation in methodologies and inclusion criteria for administrative costs captured in the seven studies. Comparisons of commercial plans to Medicare administrative costs are not readily available due to methodological limitations: the data to fully capture administrative costs for Medicare are not accessible, and a methodology to accommodate government subsidization of these costs not developed to date. As a result, there appears to be no threshold upon which an administrative cost "best practice" might be reasonably set given data limitations. »
- 12 Haut conseil de la santé publique
- 13 Haut Conseil de la santé publique (HCSP - Ministère du travail de l'emploi et de la santé) - *Les systèmes d'information pour la santé publique* / Novembre 2009 - Collection Document - La Documentation Française, février 2011, p. 36
- 14 Programme de médicalisation des systèmes d'information
- 15 Caisse nationale d'assurance maladie
- 16 Union hospitalière privée
- 17 Confédération des syndicats médicaux français
- 18 Ex. André LOTH - (à l'époque Chef de la division informatique et des nouvelles technologies - DSS) - *Des informations pour soigner le malade et soigner le système* - Rencontres du l'UNHPC : "partage de l'information, transmission et confidentialité dans les réseaux des soins" - 5 novembre 1997
- 19 Franck EVAÏN - *À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ?* - Etudes et résultats N° 754 - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) - février 2011
Cf. mail UNHPC 11/109 du 24-02-2011
- 20 Gilles Johanet : *Rapport sur l'assurance responsabilité civile des professionnels de santé* remis le 24 février à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Cf. mail UNHPC 11/110 du 25-02-2011
- 21 Instruction DSS/DGOS du 8 février 2011 relative à la diffusion, pour application, du guide méthodologique relatif à la contractualisation en application du dispositif de régulation (maîtrise des produits de santé des listes en sus/actions locales à conduire en 2011)
Cf. mail UNHPC 11/116 du 27-02-2011
- 22 La Mission Tarification à l'Activité (MT2A) est la "mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité (T2A)". Créée fin 2002, elle a été supprimée à compter du 1er janvier 2011 par le décret du 2-2-2011. C'est elle qui a mis concrètement en place la T2A.
- 23 Alain-Michel CERETTI, Conseiller Santé auprès du Médiateur de la République, Laure ALBERTINI, Responsable du Pôle Démocratie Sanitaire Agence régionale de Santé d'Île de France - *Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* - Rapport remis à M. le Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé le 24 février 2011 - 310 pages
Cf. mail UNHPC 11/107 du 24-02-2011
- 24 Rapport de la mission ministérielle : « *Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé* » présenté par Michelle BRES-SAND, Infirmière Diplômée d'État, Conseillère Générale des Établissements de Santé, Martine CHRQUI-REINECKE, Psychologue Clinicienne, Consultante-Conseil, Michel SCHMITT, Radiologue Hospitalier, Chef de Service, avec le concours : des élèves directeurs de l'association EHESP Conseil - Rapport 49 pages - Annexes 524 pages
Cf. mail UNHPC 11/107 du 24-02-2011
- 25 Rapport de la mission « Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé », présenté par Nicolas BRUN Emmanuel HIRSCH Joëlle KIVITS, avec le concours de Grégory EMERY Audrey GARCIA-VIANA Antonia LOPEZ - Janvier 2011 - 46 pages
Cf. mail UNHPC 11/107 du 24-02-2011
- 26 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - J.O. Numéro 54 du 5 Mars 2002 - NOR : MESX0100092L
- 27 Rapport "Bien traitance", pages 14 à 20
- 28 Recommandations n° 2, 3, 4
- 29 A.-L. COUILLEROT-PEYRONDET, F. MIDY, C. BRUNEAU - *Perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteintes de maladie chronique* - RESP - Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique - Rev Epidemiol Sante Publique (2011), doi:10.1016/j.respe.2010.09.002
Cf. mail UNHPC 11/114 du 26-02-2011
- 30 Cf. par exemple : Nathalie ZACCAÏ-REYNERS - *Respect, réciprocité et relations asymétriques. Quelques figures de la relation de soin* - Esprit - Janvier 2006, pp. 95 à 108

**Conflits d'intérêts, éthique
et bonnes pratiques :
des questionnements
qui sont au cœur de
la pratique médicale**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/09

Date de parution : lundi 7 mars 2011

Sujet : **Conflits d'intérêts, éthique et bonnes pratiques**

Mots types : Christian Hervé - Emmanuel Hirsch - Benjamin Pitcho - Joël Ménard - Didier Sicard - Jean-Michel Chabot - Martin Hirsch

Année 2011 - p. 37/210

Christian Hervé et Emmanuel Hirsch ont organisé sous l'égide de la Faculté de médecine Paris Descartes, de l'Université Paris-Sud 11 et de l'Espace éthique de l'AP-HP une soirée débat sur le thème "**Conflits d'intérêts, éthique et bonnes pratiques**".

En fait de débat, il n'y en a pas eu, tant les exposés ont été riches. Les organisateurs ont informé l'auditoire que plusieurs des personnalités pressenties s'étaient désistés au dernier moment. Compte tenu du fait que ce sujet apparaissait donc comme chaud, les conférenciers présents avaient sans doute particulièrement travaillé leurs interventions. Du coup les organisateurs veulent donner une suite à ce qui est apparu à tous les participants comme une très bonne initiative. On ne peut que s'en réjouir.

Parmi ces orateurs citons tout particulièrement : Benjamin Pitcho qui fit un point détaillé de l'état du droit ; Joël Ménard qui a su partir de cas concrets rencontrés dans l'exercice de ses responsabilités et exposer avec beaucoup de simplicité les choix qu'il avait été amené à faire ; Didier Sicard dont l'intervention a été bien sûr marquée par sa grande expérience et en particulier son passage au Comité consultatif national d'éthique ; Jean-Michel Chabot pour la richesse et le pragmatisme de ses réflexions fondées sur une bibliographie choisie avec discernement.

Comme l'a rappelé D. Sicard le conflit d'intérêt est substantiel, ontologique à la médecine. Pourtant, remarque-t-il, on n'en parle que lorsqu'on est en crise paroxystique. Sans doute y sommes-nous. Sans doute la multiplication des affaires, un corps politique dont certains membres revendiquent leur perte de sens moral, le livre courageux de Martin Hirsch, l'inquiétude de l'opinion et, pour finir, la sortie concomitante de l'affaire du Mediator² et du rapport de la Commission Sauvé nous aident à affronter le sujet.

Nous avons regretté ici même que Martin Hirsch évacue le sujet de l'organisation du système de santé. Didier Sicard a bien raison de rappeler que le conflit d'intérêts est au cœur de la pratique médicale : il est même à l'origine du code de déontologie le plus ancien et le plus connu.

Ceci étant, le dossier est complexe, tout le monde l'a reconnu. La sphère publique et les élus sont en retard sur le secteur privé qui s'est donné des outils depuis longtemps

(conventions réglementées, notion d'abus de bien social, clauses de non-concurrence, tradition de changements de fonctions régulières pour les acheteurs...). Les pays où il y a plus de concurrence organisée, sont en avance sur les pays où il y en a moins.

La France se distingue d'autres pays

- par le fait qu'elle refuse de définir le conflit d'intérêts pour ne pas risquer de s'enfermer ;
- par le fait que l'apparence suffit à qualifier et qu'il n'y a donc pas, en droit, de gradation ;
- par le fait qu'en théorie, elle sanctionne très lourdement une faute pénale³.

L'appréciation est objective : la bonne ou la mauvaise foi sont hors sujet.

Le Royaume Uni ou le Canada ont choisi, eux de définir ce conflit.

Faut-il le définir ?

Faut-il graduer (potentiel, apparent, réel) ?

Faut-il introduire une temporalité (intérêts antérieurs, contemporains, postérieurs) ?

Faut-il distinguer les intérêts (patrimoniaux, financiers, moraux, politiques, les intérêts directs ou indirects, ceux des proches...) ?

Il faut distinguer conflits et compétition d'intérêts, déclaration et conflits d'intérêts, lien et conflit d'intérêts.

Il faut se souvenir que le problème n'est pas dans le conflit d'intérêts, mais dans le biais qu'il peut engendrer. S'il le fallait, l'exercice de la médecine nous le rappellerait tous les jours. Il y a un biais lorsque l'intérêt l'emporte sur le devoir.

Il faut, c'est certain, articuler l'examen des conflits d'intérêts avec celui des modes de rémunération.

En matière de gestion des conflits d'intérêts la transparence est une nécessité absolue. Pour autant, la transparence génère un double risque, celui d'une logique formelle et celui de ce qui est parfois appelé une "dictature de la transparence". Les effets pervers sont dans l'établissement de stratégies d'évitement, dans l'extension de la sphère du mensonge, de la peur, de freins à l'initiative. Les expériences anglo-saxonnes, en particulier en matière de financement des formations ou de déclarations

standardisées pour un bon nombre de revues à comités de lecture, devraient nous aider.

Nous sommes bien placés en médecine pour constater les limites du droit, tant sa production y est inflationniste et protéiforme.

Ici, nous sommes à la jointure du droit et de l'éthique. En matière de gestion des conflits d'intérêts, les limites du droit sont encore plus claires que dans bien d'autres domaines : le droit y échoue s'il n'y a pas un substrat éthique et de responsabilités personnelles. Cela pose la question de l'éducation, mais surtout, en ce qui nous concerne, de la formation. Il n'y pas de formation aux conflits d'intérêts en médecine. Seul un DU propose, depuis peu un module sur le sujet.

Autre approche : l'insistance des Américains et leur expérience en termes d'économie comportementale devraient nous aider à explorer ces domaines encore largement tabous chez nous.

En effet, nous rencontrons en médecine une difficulté supplémentaire. La lutte contre les conflits d'intérêts y dépend aussi d'une amélioration du niveau de culture économique générale. Il est clair, par exemple, que dans la mesure où le patient ne paye pas, ou n'a pas le sentiment de payer, il manque de vigilance, de capacité de discernement critique.

Bref, cette réunion était bien intéressante et nous sortait du seul Mediator, nous sortait des débats innombrables qui limitent la question de l'éthique en médecine à la bioéthique, sortait la question des conflits d'intérêts du seul cadre des rapports avec la méchante industrie.

Parmi les questions qui n'ont pas été abordées ce soir-là, il en est pourtant qu'il nous faudra bien aborder un jour. Citons en deux.

- La question des conflits d'intérêts ne se pose-t-elle que pour les personnes physiques. Les personnes mo-

rales ne sont-elles pas concernées elles aussi ? Cette question se pose très concrètement chez nous. Dans les rapports avec l'industrie, tout le monde connaît les esprits malins qui n'apparaissent jamais que derrière des personnes morales. Cela suffit-il à blanchir ? Les Anglais ont, là dessus, des choses à nous apprendre.

- Autre question : l'étatisation complète de notre système de santé ne devrait-elle pas nous amener à regarder de plus près, concrètement, qui gère au nom de l'Etat, pour quels intérêts confondus avec l'intérêt général ?

Nous sommes là sur un terrain difficile, potentiellement dangereux. Pourtant, il y a longtemps que beaucoup s'accordent sur le constat des effets pervers de la confusion entre service public et intérêts du secteur public.

La gestion des conflits d'intérêts dans le système de santé ne passe-t-elle pas aussi par une exigence de séparation des pouvoirs, et donc une nouvelle organisation ? Si le conflit d'intérêts est au cœur de la pratique médicale, il est aussi au cœur du fonctionnement du système de santé. Les Plans Cancer en donnent souvent de tristes illustrations.

Il est des questions qu'il faut savoir ne pas aborder parce qu'on n'est pas en mesure d'être audibles.

L'initiative des Universitaires à l'origine de cette chronique est intéressante, novatrice et importante. Une prise de conscience semble se faire. Est-elle le signe d'un certain mûrissement collectif sur ces sujets difficiles ? C'est probable, et si c'est le cas il faut s'en réjouir. Du coup, certains commencent à se poser la question de savoir si notre modeste UNHPC ne pourrait pas en faire un thème pour une de ses prochaines Rencontres. Ce serait difficile, risqué certes, mais bien dans sa tradition et pourrait, maintenant, être utile...

¹ *Conflits d'intérêts : éthique et bonnes pratiques* : Réunion organisée par l'Université Paris Descartes, par sa faculté de médecine et son laboratoire d'éthique médicale et médecine légale ; l'Université Paris Sud, par sa faculté de médecine et son département de recherche en éthique ; et l'Espace éthique de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Mardi 1er mars 2011 - Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine 12, rue de l'École de médecine – 75006 Paris

² La France n'est pas la seule à réfléchir sur les évolutions nécessaires des systèmes d'autorisation et de pharmacovigilance. Cette semaine, l'IOM américain a fait paraître les actes d'un intéressant colloque : Yeonwoo Lebovitz, Rebecca English, and Anne Claiborne - National Academy of Sciences - *Building a National Framework for the Establishment of Regulatory Science for Drug Development: Workshop Summary - Forum on Drug Discovery, Development, and Translation*; Institute of Medicine - 2011 - ISBN: 0-309-15890-7

³ Article 432-12 du code pénal - Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ou par une personne investie d'un mandat électif public, de prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt quelconque dans une entreprise ou dans une opération dont elle a, au moment de l'acte, en tout ou partie, la charge d'assurer la surveillance, l'administration, la liquidation ou le paiement, est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75.000 euros d'amende. [...]

**Un droit adapté à de
vraies coopérations
reste une vraie question,
encore largement
en devenir**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/10

Date de parution : lundi 14 mars 2011

Sujet : **Coopérations**

Mots types : ANAP - DGOS - Guide méthodologique - GCS

Année 2011 - p. 39/210

L'ANAP¹ et la DGOS² ont fait paraître une série impressionnante d'ouvrages sur le thème des "coopérations"³.

- 1 - un "*Guide méthodologique des coopérations territoriales*" qui expose, après un rapide historique, les raisons de coopérer, les préalables à une action de coopération et une méthode de conduite de projets adaptée (92 pages) ;
- 2 - une série de fiches de forme standardisée et présentant successivement dix-sept formes juridiques de coopération différentes (185 pages) ;
- 3 - une série de 19 fiches d'"*approfondissements thématiques*" sur des thèmes transversaux qui se retrouvent dans la plupart des projets de coopération (statut des personnels, régime des autorisations, fiscalité, rémunérations, pharmacie...) (140 pages) ;
- 4 - une description de 6 "*exemples issus du terrain*" avec les conventions qui les fondent et de 2 outils (planning et fiche de besoins de personnels) ;
- 5 - une série de 20 monographies exposant en détail chacune des 20 expériences retenues ;
- 6 - une série de 6 notes de "*cadre stratégique*" correspondant aux projets sélectionnés en réponse à l'appel à "*projets préfigurateurs*" lancé par la DGOS et qui ont bénéficié d'une "*d'une contribution financière pour se faire assister dans la définition de la méthodologie et la préparation de leur projet*".

Cette petite encyclopédie des coopérations hospitalières sera utile à tous ceux qui veulent coopérer ou qui y sont contraints par leur Tutelle. La richesse de la documentation proposée évitera de chercher les documents ou les orientations que l'on retrouve ici bien classées et accessibles. Les notes du type "zoom", "à noter", "à retenir" montrent, par exemple, un souci du lecteur, un souci d'être utile et une capacité de synthèse rares dans ce type de documents. Du bon travail donc.

Mais une publication de cette importance, cosignée d'une Agence nationale, l'ANAP, et du principal service du Ministère, la DGOS, est significative des orientations et de la volonté des administrations qui en sont à l'origine. Il ne s'agit pas d'un travail universitaire. Cela vaut donc de

s'interroger aussi de ce point de vue...

On sait l'importance du thème de la "*coopération*" pour la DGOS : elle emploie peu de mots portant orientation politique aussi souvent. On sait que le mot n'a pas le même sens dans le dictionnaire⁴ et à la DGOS : coopération y est le plus souvent compris au sens qu'a le mot "aspiration" dans le dictionnaire et le concept instrumentalisé comme succédané de restructuration et ou de défense de l'hôpital. On sait que le Ministère de la Santé, malgré son appétence pour le mot "coopération", est le seul Ministère technique à ne pas utiliser le droit coopératif qui est pourtant fait pour faciliter les "coopérations" au sens du dictionnaire. On sait enfin que la nécessité de "coopérer" est pourtant aussi importante dans le secteur hospitalier et de la santé en général que dans les autres secteurs d'activité.

Le travail fait par les auteurs est important. On les sent très investis. Ils ont su aussi s'entourer de conseils extérieurs pour les parties techniques de leur ouvrage. Pour autant, ont-ils pu se dégager de la forte pression de la DGOS en termes d'interprétation idéologique et d'instrumentalisation du besoin de coopérer ? Le bilan est ici très mitigé. L'ordre des signatures des deux directeurs qui apparaissent en fin d'introduction du tome 1 est-il significatif des évolutions de l'ANAP et consécutivement des limites de l'ouvrage (Christian Anastasy y apparaît sous Annie Podeur et non pas à côté⁵) ? La question est tout à la fois dérisoire et significative, car on sait l'importance de ce genre de "détails" dans l'administration...

La langue de bois est très présente. Non dans le choix des thèmes, mais dans l'emploi du vocabulaire "obligé" et d'expressions convenues et donc sans signification. On se rassure à bon compte en notant que "*les logiques coopératives s'inscrivent dans un contexte sanitaire rationalisé*"⁶, dans les "*mesures phares*" de l'administration, qu'elles "*supposent une pleine et entière implication de l'ensemble des acteurs du système de soins, des équipes soignantes à la direction des établissements, aux élus locaux et aux organismes de tutelle*"⁷. On ne doit pas rechercher de "*profit*"⁸, mais les descriptions des multiples "*gains*"⁹ qui seront procurés par la coopération sont nombreuses. La coopération est parée de toutes les vertus, comme il convient de toutes les modes, souvent passagè-



res, des pouvoirs administratifs. Une vraie panacée. On est donc heureux d'apprendre que la coopération va résoudre les questions de démographie médicale, d'accès aux compétences, d'aménagement du territoire, y compris pour ceux qui ne sont pas attractifs, de "*coordination performante*"¹⁰ des professionnels, de lutte contre le *burn out*¹¹, de PDSH¹², de "*mise en œuvre des textes réglementaires*" et bien d'autres choses encore... A condition bien sûr qu'elle "*s'adosse à une profonde réflexion sur l'analyse des besoins de la population identifiés dans les SROS*"¹³.

Surtout on est frappé de l'approche quasi "religieuse" de la démarche. La coopération apparaît comme l'illustration du moment du bien, du beau, du vrai. Le point de départ est là. L'initiateur et le garant c'est la Tutelle. Comment, face à de telles bonnes intentions, ne pas obéir à "notre bon maître" ? Ne croyez pas que les sociétés de production, que les volontés de coopération ne peuvent se développer qu'à partir de l'intérêt des parties. Ne croyez pas les juristes et leur mystérieuse demande d'"*affectio societatis*". Ecoutez la Tutelle, soyez sages et faites le bien. Suivez ses orientations et obéissez à ses "*actions volontaristes*" en particulier lorsqu'elles ont pour finalité d'organiser les "*coopérations-filières*"¹⁴ dans le cadre bien sûr de "*la déclinaison du SROS*". Il est pourtant noté qu'au-delà d'acteurs "*très investis et visionnaires*"¹⁵, "*il peut être parfois préférable de recourir à un prestataire externe pour réaliser les analyses territoriales et porter les diagnostics afin d'objectiver les situations rencontrées et de dépassionner les débats*"¹⁶.

Bref, on reste dans la confusion des fins et du moyen. Partout ailleurs, monter une société de production pré suppose l'initiative des acteurs et leur accord sur un projet d'entreprise fort, surtout si celui-ci se base sur la coopération d'acteurs de statuts différents et encore plus s'il fait "coopérer" personnes physiques et personnes morales. Le rôle des Tutelles peut et parfois doit, être très important : elles sont les garantes du fait que ce projet d'entreprise ne va pas contre l'intérêt général, et même qu'il y concourt lorsqu'il s'agit d'activités de service public comme la santé par exemple.

Ici les Tutelles sont la clef du dispositif. L'intérêt premier, fondateur, n'est pas l'intérêt des parties, mais bien une somme d'intérêts qui leur sont extérieurs, définis pas les Tutelles. L'acteur c'est la Tutelle. Une fois de plus elle est juge et partie. C'est elle qui produit des soins. Les établissements et les professionnels n'agissent que par délégation. Tout cela est compliqué, car ce n'est pas comme cela que fonctionne la société civile. Mais tout cela est clair en santé. La seule légitimité c'est l'Etat.

Pour finir, notons :

- qu'il y a une fiche entière sur les "*coopératives hospitalières de médecins*"¹⁷ qui font si peur à la DGOS. Il y a là une marque d'indépendance heureuse de l'ANAP, même si la finalité recherchée manque un peu ;
- qu'on est frappé par la multitude des exemples cités. On imagine ce que seraient les réseaux et autres organisations "coopératives" si la DGOS avait mis une

toute petite part de la pression qu'elle a mise sur les ARH pour créer des "GCS" afin d'appuyer les initiatives de "coopération", sans confusion de la fin et du moyen ;

- que rien n'est proposé pour répondre aux multiples rapports (Larcher¹⁸, Ballereau¹⁹, Hubert²⁰...) et aux Cabinets ministériels qui demandent que l'on se serve du droit coopératif, qu'on profite de sa souplesse pour construire du sur mesure répondant aux besoins spécifiques des professionnels et même qu'on incite financièrement les acteurs à s'en servir ;
- que le lien n'est pas fait entre ce droit coopératif et les actions de l'Europe contre les montages franco-français qu'elle considère comme attentatoires au droit communautaire de la libre concurrence, alors même que l'Europe le désigne comme la réponse qu'elle promet en matière de statut du capital réservé (pharmacie, biologie, anatomopathologie, centres de radiothérapie, participation au maintien d'un secteur d'orientation "métier" dans les cliniques...);
- que les "*filières*" sont justifiées. Une analyse critique des dangers de ces filières qui sont autant de monopoles²¹ potentiels et d'organisations attentatoires à la liberté de choix des patients est cependant proposée. Ce recul critique est nouveau et important. Pourtant la justification des "filières" devrait amener les auteurs à envisager des HMO à la française ou, par exemple, une approche à la capitation. Cela n'est même pas évoqué. On reste donc sur l'organisation locale des pouvoirs hospitaliers et des captations de patientèles. Dommage ;
- que les réseaux sont très largement absents²². Les modes passent... Dommage lorsqu'il s'agit de sujets importants et nécessaires sur lesquels, qui plus est, les professionnels ne comptent pas leur peine. Dommage, mais hélas significatif ;
- que la question de la responsabilité est évoquée. Enfin ! On reste pourtant sur sa fin. La fiche "*responsabilité des acteurs*"²³ est correcte sur les points simples. Sur les responsabilités des professionnels en cas de médecine "concertée", elle se contente de noter pudiquement et de façon très générale : "*La responsabilité professionnelle des praticiens hospitaliers ou libéraux, en cas de prestations médicales croisées ou communes, suscite de nombreuses interrogations juridiques*"²⁴... Ce chantier important et nécessaire depuis si longtemps reste donc hélas en déshérence.
- ...

La question d'un droit adapté à de vraies coopérations, au sens du dictionnaire, reste une vraie question, largement encore en devenir, mais pour dialoguer avec les Tutelles, cet ensemble est indispensable.

- ¹ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ² Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé - A succédé à la DHOS le 15 mars 2010)
- ³ Cf. mail UNHPC 11/145 et 146 du 11 mars 2011. Cf. aussi le site de l'ANAP : <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/guide-methodologique-des-cooperations-territoriales/>
- ⁴ L'introduction du Guide méthodologique tome I, rappelle pourtant p. 5 : « *Selon la définition retenue par le dictionnaire Larousse, la coopération est un processus selon lequel les individus participent à une œuvre commune, y concourent.* »
- ⁵ Respectivement Directrice générale de l'offre de soins et Directeur général de l'ANAP. Cf. le Guide méthodologique, tome I, les signatures de la préface p. 4
- ⁶ Idem p. 18
- ⁷ Idem p. 17
- ⁸ Idem p. 47
- ⁹ Le mot apparaît sur 14 pages du tome du Guide méthodologique
- ¹⁰ Idem p. 17
- ¹¹ Idem p. 31
- ¹² Idem p. 36
- ¹³ Idem p. 54
- ¹⁴ Idem p. 22
- ¹⁵ Idem p. 65
- ¹⁶ Idem p. 68, cf. le "A noter"
- ¹⁷ Cf. pp 161 à 166 du tome II consacré aux différentes formes juridiques de la coopération
- ¹⁸ Rapport LARCHER - Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher Avril 2008, p. 26 « *dès lors que les coopératives médicales n'ont pas rencontré le succès escompté la recherche de solutions fiscales destinées à favoriser l'actionnariat médical et des personnels est un impératif.* »
- ¹⁹ Cf. le Rapport sur un projet de réforme de la biologie médicale - Rapport présenté par : Michel BALLEREAU, Conseiller général des établissements de santé - Rapport remis à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, le 23 septembre 2008.
Cf aussi l'Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale - JORF n° 0012 du 15 janvier 2010 page 819 - texte n° 43 - NOR: SASX0927179R
- ²⁰ Cf. le rapport de Mme Élisabeth Hubert sur la *médecine de proximité* remis au président de la République le 26-11-2010, en particulier pp. 96 et 97
- ²¹ Cf. p. 87 du Guide méthodologique, tome I, "Les dangers d'un prestataire unique"
- ²² Une fiche leur est néanmoins consacrée dans le tome II consacré aux différentes formes juridiques de la coopération, pp. 33 à 36
- ²³ Cf. tome III "Approfondissements thématiques", pp 20 à 23
- ²⁴ Idem p. 21

**Chirurgie :
une possible diversification
des environnements techniques
qui pourrait contribuer à
l'ajustement nécessaire
du cadre réglementaire...**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/11

Date de parution : lundi 21 mars 2011

Sujet : **Niveaux d'environnement
en chirurgie**

Mots types : UNCAM - DGOS - HAS - Ambulatoire - Rapport - CNC - CLAHP - Internes - PDES - FHF - CNPS - IGAS - Dispositifs médicaux - B. Debré - P. Even - Médicaments

Année 2011 - p. 42/210

L"Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ?"²

Il est important, tant par son contenu que par ses conséquences probables.

Deux saisines sont à l'origine de ce rapport. L'une de l'UNCAM³ et l'autre de la DGOS⁴. Les questions étaient formulées différemment mais portaient en fait sur le même sujet : ne peut-on distinguer plusieurs environnements différents selon les types d'actes et ou d'anesthésie ?⁵

En réponse, la HAS "*propose la constitution de différents niveaux d'environnements techniques et met également à disposition des critères pour orienter de façon optimale la réalisation des actes interventionnels en ambulatoire. Ce travail ouvre la perspective d'une possible diversification des environnements techniques et pourrait ainsi, le cas échéant, contribuer à l'ajustement nécessaire du cadre réglementaire.*"

Qu'en penser ?

Du strict point de vue de la question posée, le contenu du rapport est intéressant. Il pourra être très utile dans un contexte de réflexion sur l'environnement requis, dans un contexte de formation ou de mise à plat de nos organisations. Les principaux textes réglementaires sont repris, les expériences anglo-saxonnes sont largement décrites et mises en parallèle ce qui est stimulant pour la réflexion et aidera aux évaluations.

Du point de vue de ce qui se cache derrière la question, en fait le statut des établissements, centres ou cabinets qui feraient de la chirurgie "ambulatoire", ce rapport nous paraît dangereux, car il risque justement, comme il y est dit, de "*contribuer à l'ajustement du cadre réglementaire*"... Réfléchir comment améliorer la gestion du risque en ajustant l'environnement interne, nos blocs opératoires, pas de problème, au contraire. Mais la réflexion de nos Tutelles se fonde sur d'autres enjeux, très liés au contexte d'organisation générale du système.

Quel est ce contexte ? Il n'est pas neutre.

- L'UNCAM, ou au moins la CNAM⁶, rêve depuis des années d'ouvrir aux cabinets médicaux la possibilité de réaliser des actes de chirurgie. L'enjeu majeur qu'elle y

voit c'est de contourner les blocages de la DGOS considérée comme incapable de réformer l'hôpital et d'autoriser l'ouverture de centres de chirurgie ambulatoire indépendants qui, outre leur efficacité, relanceraient une concurrence stimulatrice d'innovations et de productivité. Elle a peur aussi que ces centres, "établissements de santé", ne soient pas assez "coûts efficaces".

- De son côté la DGOS bloque depuis 20 ans la possibilité d'ouvrir des centres indépendants. Le nouveau dispositif d'autorisation en chirurgie et en médecine permettrait enfin ce type d'organisation. Les politiques en ont bloqué la sortie. La DGOS ne veut toujours pas reconnaître la qualification d'"établissements de santé" chez ceux à qui elle s'impose pourtant et qui, au premier accident, se feront requalifier par les tribunaux : les centres indépendants ("cabinets") de chirurgie ambulatoire qui réussissent à survivre, les centres de radiothérapie, les centres de radiologie interventionnelle... Elle est terrifiée à l'idée de multiplier le nombre d'établissements de santé alors qu'elle n'arrive pas à fermer les établissements publics qui le devraient et qui ont, au contraire, souvent bénéficié de subventions qui ont permis de construire à tour de bras et souvent à mauvais escient. De plus, obnubilée par sa "gradation des soins" planificatrice, et influencée par son goût à produire des textes, elle se dit que la solution serait de créer des catégories juridiques distinctes. Déjà, au lieu de restructurer on "coopère". Au lieu de restructurer, on pourrait, en complément, "grader"...
- L'influence des expériences étrangères joue aussi. Des deux côtés, on critique beaucoup les Anglo-Saxons, mais on ne manque pas d'être influencé par leurs approches, sans les relier aux contextes nationaux et culturels qui les ont engendrés. Or ces contextes sont très spécifiques. Dans les pays concernés (USA, Australie...) il n'y a pas de procédure d'autorisation préalable. L'individu compétent a le droit de s'installer et d'exercer comme il le veut. Cela peut aboutir au meilleur comme au pire. La chirurgie ambulatoire en "*free standing*"⁷ pour fuir la "*bureaucratie hospitalière*"⁸, c'est pour le meilleur. Pour le pire, on trouve beaucoup d'*office based surgery*⁹, à leur origine, et en tous cas beaucoup de cabinets médicaux qui faisaient des interventions sur le cristallin en Floride. Face à de

telles catastrophes, ces pays font avec ce qu'ils ont : le judiciaire et l'accréditation. Cela conduit à multiplier à l'infini les contextes tant organisationnels qu'assurantiels.

En France, nous avons tendance à l'oublier, le modèle est très différent, et il est potentiellement plus fonctionnel que le modèle américain :

- une autorisation préalable sur critères de structures, de procédures et de compétences donnée par l'Etat dans le cadre de ses fonctions régaliennes d'ordre public ;
- un acheteur censé être intelligent, c'est-à-dire contrôlant ce qu'il "achète" sur les trois critères de tout acheteur : prix, "qualité" (respect du cahier des charges), délai ;
- un organisme "indépendant" qui pourrait, compte tenu de ces deux préalables, se consacrer à l'évaluation des résultats médicaux.

Hélas, du fait surtout du monopole de l'Etat sur toutes ces fonctions, nous sommes dans une période de confusion des champs, des fonctions et des responsabilités. Ce manque de séparation des pouvoirs fait que notre modèle fonctionne moins bien qu'il ne devrait. La tentation se fait jour de confondre la diversité concurrentielle américaine avec ce que pourrait être une gradation réglementaire en France, la nécessaire diversité d'organisation des professionnels avec la décision centralisée et réglementaire de formes d'organisation imposées.

C'est dans ce triple contexte que ce rapport nous apparaît comme potentiellement très dangereux car il peut justifier une relance de la machine à multiplier les textes réglementaires.

Saurons-nous éviter l'instrumentalisation de ce rapport par nos Tutelles ?

Pour la DGOS, il ouvre une autoroute. Elle arrivait déjà à distinguer le même acte en le qualifiant parfois de médical et parfois de chirurgical, ce qui reste incompréhensible par les professionnels des actes concernés. Elle a réussi à distinguer la chirurgie esthétique du reste de la chirurgie. Ce rapport lui offre l'occasion de définir juridiquement le "cabinet médical" et, en plus des "établissements de santé", de définir trois nouveaux niveaux d'environnement¹⁰ qui seront des établissements de santé, sans l'être, tout en l'étant. La machine à faire des textes réglementaires va pouvoir à nouveau s'en donner à cœur joie. Elle trouvera même des "experts" ravis et flattés d'avoir été retenus pour couper les cheveux en quatre sans se rendre compte des conséquences institutionnelles de leur travail. Le chiffre d'affaires des conseils juridiques va encore grimper en flèche : il en faudra beaucoup pour interpréter les subtilités de ces textes. Les procédures d'autorisation, d'accréditation, de certification vont se multiplier. Bref, au lieu d'éclaircir, de simplifier, tout en montant le niveau d'exigences en termes de fonctions à remplir, la machine à complexifier risque de repartir de plus belle.

Comme disent les comptables, "le risque est né".

Saurons-nous le réduire ou le maîtriser ?

En fait, une fois de plus, les professionnels se trouvent pris en otage de conflits CNAM-DGOS qui les dépassent. On s'étonnera ensuite qu'ils se découragent...

Qui saisira la HAS pour un rapport sur le fonctionnement qualitatif de notre système ?

Qui pourra convaincre nos responsables de revenir aux fondamentaux de notre système ? La Cour des Comptes dans sa nouvelle fonction d'évaluation ?

En matière d'environnement, qui se souviendra encore du très bon et récent rapport de la même HAS sur la cataracte ? Est-ce de la chirurgie ? Oui. Alors ce doit être fait en "établissement de santé". Pour autant n'oubliez pas de redonner de la liberté d'organisation et d'adapter la prise en charge de la fonction anesthésie... C'était simple et clair.¹¹

Il est d'excellents films qu'on ne peut faire voir à tout le monde.

Pour sourire, on peut rêver un peu. Ce rapport serait lu et discuté dans chacun de nos blocs et dans chacune de nos sociétés savantes. Chacun en tirerait des enseignements sur sa propre organisation. Mais ce rapport serait interdit de lecture à nos Tutelles, en particulier à la DGOS, sauf peut-être pour ceux qui y construisent des tarifs... La DGOS ferait, elle aussi son travail de réglementation. Les fonctions minimums étant assurées par une vraie procédure d'autorisation et de vraies procédures de contrôle. Une grande liberté d'organisation serait laissée aux professionnels, par ailleurs soumis, comme dans la vraie vie, à une pression sur les tarifs génératrice d'innovations et d'efficacité, et organisant leur évaluation sur critères de résultats.

Oui, que la DGOS fasse son travail. Elle commence à se rendre compte que monter les normes indéfiniment pour biaiser les flux d'activité et les amener dans les CHU¹², supposés être aux normes, ne marche pas. C'est bien. Mais qu'elle ne complexifie pas ce qui est déjà inextricable. Même la FHF le demande !¹³ Qu'elle sorte enfin les dispositifs d'autorisation prévus par la loi et qu'elle n'arrive pas à sortir. Qu'elle simplifie le droit au lieu de le complexifier. Qu'elle le rende plus lisible au lieu de le livrer aux interprétations des spécialistes les plus pointus et les plus subtils sinon les plus serviles. Qu'elle distingue par les tarifs ce qui peut l'être. Qu'elle monte le niveau d'exigence sur les fonctions à remplir, en se mêlant le moins possible de la façon dont on les remplit. Qu'elle laisse la liberté d'organisation aux professionnels afin qu'ils trouvent les voies et moyens d'améliorer la qualité, la sécurité, l'efficacité de leurs prestations en innovant et en prenant leurs responsabilités au lieu de s'en décharger en se conformant aux normes qui croient suppléer à leur supposée incompétence...

Rêvons en effet, cela soigne parfois, mais veillons surtout à ce que ce rapport ne soit pas instrumentalisé en sens contraire !

Cette semaine, il aurait fallu évoquer aussi, entre autres... :

- d'intéressants débats lors de la journée organisée à l'Assemblée par le CNC¹⁴ **sur la chirurgie ambulatoire**¹⁵ ;
- une réunion du CLAHP¹⁶ qui s'est en grande partie

consacrée à la **formation des internes** dans nos établissements. Sujet important. Les textes ne sont pas tous sortis, il manque au moins deux arrêtés. L'accueil n'est pas toujours très favorable, en particulier au niveau des Doyens. Les conditions ne sont pas toutes clarifiées. La rémunération reste un problème. Mais tous les participants sont d'accord sur le fait que les enjeux sont trop forts pour ne pas présenter les dossiers de candidature.

Autre sujet évoqué : l'**enquête sur la PDS**¹⁷. Les blocages de la FHF et de certains intervenants publics n'y changent rien : cette enquête est trop importante pour la reconnaissance et l'avenir de nos activités, il faut donc y répondre et les relances doivent être faites auprès de ceux qui pourraient encore en douter ;

- l'importante "**Convention**" du **CNPS**¹⁸ sur les voies et moyens de corriger le tir sur la situation qui est faite aux professions libérales "**Libéraux de santé : un an pour tout changer**". Des engagements ont été pris. Des propositions ont été faites au Ministre qui en demandait. Hélas rien sur les dépassements d'honoraires qui sont encore plus mortifères pour l'avenir de la médecine libérale que la bureaucratie d'Etat. Mais, un rendez-vous a été fixé par le Ministre pour faire le point sur les avancées. Ce sera lors de la Convention des libéraux de santé, le 7 octobre prochain ;

- la parution et le contenu du **rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur l' "Evolution et maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux"**¹⁹ qui donne un peu l'impression que, sous prétexte de prudence²⁰, un peu plus de complexité administrative va aider à réguler les dépenses. C'est une vérité connue de longue date des économistes, mais ce n'est pas comme ça que les auteurs présentent leurs propositions... Les dispositifs médicaux ne sont pas les médicaments, mais on voit mal comment ce rapport va s'articuler avec les réflexions en cours sur le médicament, les institutions concernées étant souvent les mêmes ;

- le "**Rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments**", rapport remis au Président de la République et au Ministre de la Santé par les Pr B. Debré et P. Even²¹. Ce rapport est, par bien des côtés, assez stupéfiant... Mais, au-delà d'une surprenante auto célébration corporatiste de deux PU-PH²² très sûrs d'eux, beaucoup d'idées émises méritent attention et réflexion ;

- ...

¹ Haute autorité de santé

² Cf. mail UNHPC 11/153 du 15 mars 2011. Ce rapport est paru cette semaine mais il est daté de décembre 2010.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1032868/trois-niveaux-denvironnements-techniques-pour-la-realisation-dactes-interventionnels-en-ambulatoire

La question de l'environnement requis pour garantir bonne pratique et sécurité en chirurgie est une question permanente. Elle est bien sûr traitée par les sociétés savantes. Elle fonde logiquement les approches en termes d'autorisation et de certification. Souvent aussi elle est une des clés de l'approche tarifaire destinée à la rémunération des plateaux techniques. On se souvient par exemple de la très lourde étude CEMKA-Ernst & Young diligentée par la CNAM et parue en décembre 1991 : "*Classification des actes de la NGAP en fonction des niveaux d'environnement harmonisés*". En 1991, l'Etat s'était engagé à mettre en place très rapidement ce qu'on appelait alors la tarification à la pathologie issue du PMSI (actuelle T2A), en remplacement du système des FSO (frais de salle d'opération). En procédant à cette étude, la CNAM voulait mettre au point une méthode d'élaboration de tarifs alternative à celle de la T2A à laquelle elle s'opposait. La première phrase de l'introduction du rapport final était la suivante : "*L'évolution des pratiques diagnostiques et thérapeutiques rend possible aujourd'hui la réalisation de nombreux actes chirurgicaux en ambulatoire*".

³ Union nationale des caisses d'assurance maladie

La saisine de l'UNCAM concerne les "*actes techniques ou interventionnels décrits à la CCAM comme étant habituellement réalisés sous anesthésie générale ou locorégionale mais dont la réalisation dans certains cas, ne nécessite pas la présence d'un anesthésiste et apparaît*

- donc possible en cabinet." Rapport, Introduction, p. 7
- 4 Direction générale de l'offre de soins
La saisine de la DGOS concerne les "actes techniques ou interventionnels qui, sans toutefois justifier une hospitalisation, nécessitent un environnement hospitalier, soit parce qu'ils nécessitent le recours à un secteur opératoire, soit parce qu'ils imposent une surveillance médicalisée des patients. Il s'agit des actes listés dans les forfaits environnements hospitaliers. Par exemple : endoscopie digestive ou bronchique, les biopsies rénales..." Rapport, Introduction, p. 7
- 5 « Ces évaluations sont proches puisqu'elles portent sur la définition des conditions de réalisation d'actes techniques ou interventionnels ne nécessitant pas d'hospitalisation à temps complet, aussi a-t-il été décidé de les traiter conjointement. L'objectif de cette évaluation est d'aborder l'environnement technique adéquat en termes de locaux, équipements et de ressources humaines pour garantir qualité et sécurité des soins. » Rapport, Introduction, p. 7
- 6 Caisse nationale d'assurance maladie
- 7 Centres de chirurgie ambulatoires "indépendants"
- 8 Expression employée par les fondateurs des premiers centres de chirurgie ambulatoire indépendants aux USA.
Cf. par exemple John L. Ford and Wallace A. Reed créant leur "Surgycenter" en 1969 à Phoenix, Arizona
- 9 Chirurgie en cabinet médical
- 10 Recommandations, p. 9 du rapport de la HAS:
« Le développement de niveaux d'environnements différenciés de complexité croissante semble donc envisageable en France. Le niveau 3 le plus complexe, pour la réalisation d'actes interventionnels serait représenté par les structures d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Il permet, la réalisation d'acte sous toutes les modalités anesthésiques et permettant la surveillance des patients pendant et au décours de l'acte. Le niveau 2 permettrait la mise en œuvre de mesures d'asepsie renforcée, disposerait d'un personnel pour surveiller le patient au cours et au décours de l'acte, sans qu'il ne s'agisse d'une surveillance de type salle de surveillance post interventionnelle, il permettrait le recours à un anesthésiste sur site. Si le niveau 1 constitue l'environnement le plus simple, il ne correspond toutefois pas au cabinet médical habituel, puisqu'il permettrait la prise en charge d'acte interventionnel. A ce titre, il doit répondre à un certain nombre d'impératifs organisationnels sur le plan fonctionnel et architectural. Il pourrait être assimilé à un cabinet médical technique comme il en existe pour la réalisation d'actes dermatologiques, ORL ou dentaires. Ce travail constitue un outil à destination des professionnels de santé et des décideurs institutionnels. Il propose la constitution de différents niveaux d'environnements techniques et met également à disposition des critères pour orienter de façon optimale la réalisation des actes interventionnels en ambulatoire. Ce travail ouvre la perspective d'une possible diversification des environnements techniques et pourrait ainsi, le cas échéant, contribuer à l'ajustement nécessaire du cadre réglementaire. »
- 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. Cette activité chirurgicale ne peut donc actuellement être réalisée qu'en établissement de santé. Les membres du groupe ont considéré à la quasi-unanimité que la création de centres de chirurgie autonomes, telle que prévue dans les projets de décrets, avec présence d'un anesthésiste sur site, aurait un intérêt certain, puisque de tels centres permettraient toutes les modalités anesthésiques et garantirait la même sécurité au patient quel que soit son mode de prise en charge. Cette organisation nécessiterait toutefois de reconnaître cette activité de « recours anesthésique » et de la rémunérer. Les membres du groupe de travail ont admis que les obligations en matière de qualité des soins et de gestion des risques apparaissent indiscutables. Ils ont toutefois souligné la nécessité d'alléger certaines des « contraintes administratives » qui s'imposent à tout établissement de santé. »
- Haute Autorité de santé HAS - Conditions de réalisation de la chirurgie de la cataracte : environnement technique - Rapport d'évaluation - Texte court - Service évaluation des actes professionnels - Juillet 2010, mise en ligne le 15/10/2010, p. 7-8
- 12 Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
- 13 Communiqué de la FHF : Paris, le 8 mars 2011 - *Simplification des normes : les hôpitaux publics sont également concernés* - « La Fédération hospitalière de France a pris connaissance avec satisfaction de la circulaire du Premier Ministre du 17 février 2011 relative à la simplification des normes concernant les entreprises et les collectivités territoriales. » Elle rappelle la nécessité de tenir compte des « coûts induits par la réglementation » en organisant systématiquement une « évaluation préalable approfondie ».
- 14 Conseil national de la chirurgie
- 15 La chirurgie ambulatoire « *Penser différemment, agir autrement* » - Symposium organisé par le Conseil National de la Chirurgie - Vendredi 18 Mars 2011, Paris, Assemblée nationale
- 16 Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée
- 17 Permanence des soins. PDSES = Permanence des soins en établissements de santé - Cf. mail UNHPC 11/131 du 5 mars 2011. Selon la DGOS : « Cette enquête doit permettre de réaliser un état des lieux précis de l'offre de soins (exprimée en lignes de garde ou d'astreinte) potentiellement disponible pour participer à la PDSES afin de permettre de réaliser dès 2011 l'effort d'optimisation attendu et de faciliter l'élaboration du schéma cible régional au regard des besoins de prise en charge en MCO identifiés, par ailleurs, de manière concertée au niveau régional en lien avec les structures de médecine d'urgence. »
- 18 Centre national des professions de santé - Convention du jeudi 17 mars 2011 Paris - « *Libéraux de santé : un an pour tout changer* »
Cf. mail UNHPC 11/163 du 19 mars 2011 et <http://www.cnps.fr/>
- 19 Cf. mail UNHPC 11/157 du 17 mars 2011
- 20 *Evolution et maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux* - Tome 1 - Rapport établi par Annick MOREL, Abdelkrim KIOUR, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales, Dr Alain GARCIA, Conseiller général des établissements de santé - Rapport paru cette semaine, daté de Novembre 2010 - Synthèse :
[26] *Compte tenu des caractéristiques du secteur, sauf à modifier radicalement l'organisation du système de santé, il est vain d'imaginer mettre en place immédiatement des outils de régulation globaux. Il faut se résigner, dans une première étape, à des outils spécialisés, par nature de produits et de marchés, une sorte de « couteau suisse » de la régulation : amélioration de la connaissance de la dépense, politique des prix attentive aux volumes, évaluations actualisées, référentiels de qualité pour les professionnels, contrôles renforcés.*
[27] *Les préconisations de la mission visent essentiellement à une remise en ordre des outils actuels et sont organisées autour de cinq thèmes principaux.*
- 21 Cf. mail UNHPC 11/156 du 17 mars 2011
- 22 Professeur d'université - Praticien hospitalier

L'Académie de Médecine
"témoin d'une réflexion
sur les leviers à développer
pour assurer le meilleur usage
des médicaments onéreux"

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/12

Date de parution : lundi 28 mars 2011

Sujet : **Coût de l'innovation, efficacité du système**

Mots types : JCO - Coût - Innovation - Radiothérapie - IMRT - MIRP - Prostate - Chimiothérapie - Molécules onéreuses - NHS - European Observatory - UK - Performance - PBR - Evaluation - Système - Académie de Médecine - HAS - Jacques Rouëssé - Oncologie médicale

Année 2011 - p. 46/210

Le **Journal of Clinical Oncology** titre son éditorial *"La guerre contre le cancer : à quel prix ?"*¹ Cet éditorial est motivé par un article du même numéro² sur *"les implications en termes de coût de l'adoption rapide des techniques nouvelles pour le traitement du cancer de la prostate"*. L'article conclut que *"concernant le cancer de la prostate, des thérapies coûteuses ont été rapidement et largement adoptées, ce qui entraîne un coût supplémentaire pour la nation de plus de \$ 350.000.000 chez les hommes diagnostiqués en 2005"*. Pour les auteurs *"cela souligne la nécessité d'une recherche sur l'efficacité comparative afin de mesurer le rapport coût/efficacité des prestations"*. IMRT³ et MIRP⁴ versus 3DCRT⁵ sont à l'origine de cet article. Mais l'éditorialiste prolonge en soulignant que les chimiothérapies posent les mêmes problèmes et en signalant les coûts rapidement croissants des techniques mises en œuvre en soins intensifs, pour les maladies infectieuses, la chirurgie cardiothoracique... Bien sûr les critiques récurrentes aux USA sur la procédure dite "510k" de la FDA⁶ qui permet d'autoriser de façon rapide les techniques nouvelles présentant peu de risques et dont les résultats sont équivalents à d'autres approches thérapeutiques ne nous concernent pas directement. Nous avons nos propres problèmes et nos propres doutes sur les procédures d'autorisation ! Mais les questions posées par cet éditorial nous concernent bien. *"Dans un contexte de ressources limitées, des soins dont les coûts sont plus élevés doivent être évalués et confrontés aux exigences de la réalité économique"*.

Les USA sont loin, même s'ils exercent parfois une certaine fascination compte tenu de leur puissance et de la qualité de leur recherche. Plus près de nous, le système hollandais paraît difficile à comprendre avec son entrelacs assurantiel. La bureaucratie du système allemand fait oublier ce que son système d'autogestion par les professionnels de l'enveloppe "médecine" pourrait apporter à notre système conventionnel. Il est d'usage, en France, d'être condescendant sur le système de santé anglais. Son retard en matière de cancer et les files d'attente qu'il a connues font oublier ses succès et sa capacité de réforme. Les travaillistes ont su tout à la fois augmenter les allocations de plusieurs points de PIB et réformer profondément le NHS⁷. Les conservateurs se sont fait élire sur un nouveau et important programme de réformes structurel-

les centré sur la performance qui a mis 250.000 personnes dans la rue à Londres ce week-end.

Le rapport que vient de produire **The European Observatory on Health Systems and Policies**⁸ sous le titre *"United Kingdom (England) Health System Review"*⁹ permet de se faire une idée de l'évolution de ce système depuis 1997. *"Bien que le programme de réformes qui s'est développé depuis 1997 ait été massif, certaines fonctionnalités de base du NHS, tels que son financement par l'impôt, la priorité donnée aux prestations publiques, la séparation entre les fonctions d'achat (de mise en œuvre) et les fonctions de prestations de soins, demeurent inchangés. Néanmoins, outre le niveau sans précédent des ressources financières allouées au NHS depuis 2000, parmi les réformes les plus importantes figurent l'introduction du "paiement aux résultats" (PBR¹⁰) pour les hôpitaux, le recours accru aux prestations du secteur privé, l'introduction de l'autonomie de gestion des hôpitaux du NHS par les foundation trusts (FT), l'introduction de la liberté de choix du patient pour les soins hospitaliers programmés, une réforme profonde de la médecine générale, de la médecine de spécialistes et de la médecine dentaire, la création du NICE¹¹ et la création de la Care Quality Commission (CQC)¹² pour réglementer les fournisseurs et contrôler la qualité des services."*

Le rapport insiste sur les *"progrès considérables"* accomplis en termes de *"performances, dans certains domaines, notamment l'amélioration de l'accès et, dans une moindre mesure, les résultats"*.

Par contre le rapport doute du fait que le système soit devenu plus *"efficace"* et il affirme qu'il n'est pas plus *"productif"*.

Nous y voilà une fois de plus. Partout, la question de la productivité devient centrale en matière de gestion des systèmes de santé.

Le rapport conclut que *"le NHS, en tant que système, est mieux placé qu'en 1997 pour faire un usage plus efficace des ressources mis à sa disposition"*, mais que *"la question reste posée de savoir s'il le fera..."*. Et de citer une étude précédente (Audit Commission and Healthcare Commission 2008) qui soulignait *"trois facteurs ayant affecté la performance globale du NHS :*

- les changements structurels incessants qui ont agi comme un frein sur le système ;



- les mécanismes mis en œuvre pour la production des soins de santé qui n'ont pas été efficaces ;
- le système d'information qui n'était pas encore suffisant pour permettre une bonne gestion à tous les niveaux".

"Au cas où ce diagnostic serait le bon", les auteurs se demandent alors "si le nouveau gouvernement sera capable d'en tirer les enseignements ?" et s'interrogent en soulignant que, de ce point de vue, "sa volonté d'introduire encore plus de changements structurels ne serait pas forcément de bon pronostic..."

Pour revenir à nos problèmes hexagonaux, au-delà de ce que nous inspirent ces réflexions et de l'intérêt qu'aurait pour nous une évaluation semblable de la "performance" de notre propre système, il se trouve que la DGOS¹³ nous informe qu'elle travaille à un système de "paiement à la qualité" qui pondérerait la T2A¹⁴. Les Anglais ont été parmi les premiers à introduire de tels systèmes¹⁵. Ce "rapport d'évaluation de la performance du NHS anglais" prend donc aussi une dimension d'actualité tout à fait intéressante pour nous¹⁶.

Remarquons qu'ici, comme de plus en plus souvent, il faut lire en anglais... Ce qui est vrai de la littérature scientifique depuis plusieurs années devient vrai aussi pour ce qui touche à l'organisation et à l'évaluation. Un rapport français paru cette semaine souligne par exemple la nécessité pour les médecins conseils de l'Assurance-maladie de disposer d'une compétence suffisante en anglais médical.

En fait ce rapport là, nous l'attendions avec beaucoup d'intérêt. Nous voulons parler du rapport de l'**Académie de médecine** paru cette semaine¹⁷ sous le titre de "**Mise au point sur la prescription des molécules onéreuses en cancérologie : informations sur la prescription des molécules onéreuses en cancérologie**"¹⁸.

Il y a quelques mois, nous étions allés saisir l'Académie de la contradiction qu'il y a en France à donner une priorité de fait au médicament et à ne pas soutenir, pire parfois, à handicaper les professions chargées de les mettre en œuvre. Nous voulons parler de l'abandon de l'oncologie médicale, et des difficultés faites à l'anatomopathologie¹⁹.

Pourquoi saisir l'Académie ? Pour répondre au blocage des Tutelles sur ces questions et parce que l'objet statutaire de l'Académie est de faire des recommandations au Gouvernement.

Nous avons été très bien accueillis, par les responsables du groupe cancer de l'Académie, les Pr Rouëssé et Tubiana. Notre saisine les intéressait car ils pressentaient la montée de problèmes économiques et ils avaient été un peu désarçonnés par l'audition de Claude Le Pen qui leur avait dit que le taux d'inflation des molécules dites "onéreuses" n'était pas un problème puisque la dérive des dépenses hospitalières de médicaments n'était, au total, que de l'ordre de 2 %...

Pour nous, l'évolution de l'oncologie médicale posait au moins trois questions qui n'étaient prises en compte ni par la succession de nos Plans Cancer, ni par nos autori-

tés responsables.

- La question économique tout d'abord, celle illustrée par l'éditorial du JCO et par le rapport d'évaluation du NHS dont nous venons de parler. Si nous voulons préparer l'avenir, il faut développer très tôt les approches médico-économiques. Les hausses de prix de nos molécules sont structurelles. Elles ne peuvent que durer dans le temps étant donné que le coût croissant de la recherche ne s'amortit plus que sur des "marchés" de plus en plus étroits, les traitements étant "ciblés". Nos établissements étant en bout de chaîne, ils risquent de recueillir tous les problèmes non résolus avant. Les approches économiques développées par les Anglais au NICE sont mal vues en France. Mais, vouloir ne pas savoir, c'est jouer à l'autruche, c'est dangereux pour l'avenir, celui des patients comme celui des professionnels et des établissements.
- La question de nos métiers. L'UNHPC ne cesse de la poser. Deux de nos Rencontres annuelles y ont été consacrées. En oncologie comme en anatomopathologie, tout est bloqué depuis 10 ans. Les libéraux, dont la contribution au service public est majoritaire, sont ostracisés. Ce n'est pas décent. Les luttes pour le pouvoir et les parts de marché ne peuvent justifier plus longtemps les blocages de nos Tutelles. Les conflits d'intérêts dominent nos politiques nationales. Non seulement l'avenir n'est pas préparé, mais il est obéré.
- La question éthique. Nous ne sommes absolument pas préparés aux échéances qui nous attendent, non seulement du point de vue de nos capacités collectives d'évaluation, de celui de l'évolution et de l'organisation de nos métiers, mais aussi du point de vue de nos capacités à prendre en charge les questions éthiques qui ne manqueront pas de se poser concrètement lors de la prise en charge de tel ou tel malade. Disons-le : comment, sur quelles bases, selon quels critères, en vertu de quelle procédure pourrions-nous sélectionner les patients ? Heureusement la question ne se pose pas encore comme ça. Mais cela viendra forcément, avec violence. L'évolution dont nous avons été capables en soins palliatifs et sur les questions de fin de vie montre qu'il est possible de se préparer, de se former, d'anticiper, de se doter de repères, de se doter de procédures de soutien aux professionnels, de réponses aux patients et à leurs proches. Au-delà de nos RMM²⁰ et de nos "retours d'expérience", n'est-il pas temps de se pencher sur les questions posées par nos traitements médicaux, de commencer à faire, en équipe, un peu de casuistique, à froid pour l'instant...

Le groupe de travail de l'Académie²¹ fit donc bon accueil à ces questionnements et à nos suggestions d'y travailler et d'aller voir ce que les expériences étrangères pouvaient nous apporter. Il y a eu confirmation de l'orientation de ses propres réflexions. En associant la HAS²², l'Académie a su constituer un groupe de travail restreint, peu commun mais intéressant et potentiellement créatif, où l'on retrouve des professionnels de la cancérologie, du CCNE²³, de la CNAMTS²⁴, du Comité Economique du Médicament, du Conseil National de l'Ordre des Médecins, de l'INCa²⁵, de l'OCDE²⁶, de l'Université²⁷. Cela est nouveau et c'était prometteur.

Sans préjuger de la suite, le groupe de travail est resté sur l'approche économique. Son rapport est intéressant et novateur. Ses orientations le sont aussi. Citons-en quelques-unes :

- *"Cette prescription devrait impliquer un engagement moral du suivi du malade jusqu'à son décès et le recueil du maximum d'informations sur l'évolution du malade pendant et après le traitement. S'il ne tient pas cet engagement, le médecin devrait être rayé de la liste des prescripteurs potentiels. La pertinence des prescriptions et de leur suivi pourrait faire l'objet de contrôle exercé par des représentants de l'Assurance-maladie à condition que leur compétence dans ce domaine ne puisse être contestée."*
- *"Il semblerait donc légitime d'appliquer à tous les malades bénéficiant d'une thérapeutique ciblée avec molécules onéreuses les règles qui sont universellement appliquées aux malades qui bénéficient d'un essai thérapeutique « contrôlé »" : enregistrement, suivi régulier, évaluation.*
- *"Un traitement coûteux doit être considéré comme un essai clinique et jugé sur des critères objectifs précis"*.
- *"...la question du plafonnement de ces dépenses doit se poser comme c'est le cas dans de nombreux pays."*
- *"L'établissement de ce bilan doit reposer essentiellement sur les oncologues médicaux"*
- *"De son côté, l'Assurance-maladie doit se doter de spécialistes capables de dialoguer utilement avec les oncologues médicaux."*
- ...

On le voit, le risque à ce stade, est de charger encore un

peu plus la barque. On ne peut pas s'opposer à ces remarques et à ces propositions qui devraient être de bon sens. On devrait tout à la fois s'en réjouir et les discuter pour se les approprier. Mais elles suscitent pourtant chez nous une vraie crainte. En effet, qui va en tirer les conséquences en termes organisationnels, en termes de systèmes de formation, de recrutement, d'allocation de revenus ? Là est notre crainte. L'Académie se contente de "déplorer", dans une note au sujet des oncologues médicaux, "l'insuffisance des effectifs liée sans doute à un manque de reconnaissance claire de la profession". C'est trop peu. Ce n'est pas à la hauteur de ce que propose le rapport. Bien sûr ces orientations devraient permettre "de mieux orienter une politique de santé impliquant non seulement les autorités sanitaires mais aussi la politique de recherche et d'investissements de l'industrie pharmaceutique"... Mais à condition qu'elles soient traduites de façon cohérente dans l'organisation concrète de la prise en charge des patients, de l'organisation de nos métiers.

Si, comme elle le souhaite, l'Académie se "veut témoin d'une réflexion sur les leviers à développer pour assurer le meilleur usage de ces médicaments onéreux", elle doit poursuivre ses travaux, pousser plus loin ses préconisations. Nous nous emploierons à l'y convaincre.

Cette semaine il aurait fallu signaler aussi, entre autres, le **rapport INCa sur la radiothérapie**²⁸. Nous aurons l'occasion d'y revenir avec la parution du rapport de l'ASN et celui de l'IRSN dont on nous dit qu'ils ne devraient plus trop tarder.

- ¹ Andre Konski, Barbara Ann Karmanos Cancer Center, Wayne State University School of Medicine, Detroit, MI - *The War on Cancer: Progress at What Price?* - Journal of Clinical Oncology, Vol 29, 2011 - DOI: 10.1200/JCO.2010.34.2758; published online ahead of print at www.jco.org on March 14, 2011 - <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2010.34.2758>
- ² Paul L. Nguyen, Xiangmei Gu, Stuart R. Lipsitz, Toni K. Choueiri, Wesley W. Choi, Yin Lei, Karen E. Hoffman, and Jim C. Hu - *Cost Implications of the Rapid Adoption of Newer Technologies for Treating Prostate Cancer* - Journal of Clinical Oncology, Vol 29, 2011 - Published Ahead of Print on March 14, 2011 - doi: 10.1200/JCO.2010.31.1217 - <http://jco.ascopubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2010.31.1217>
- ³ Intensity-modulated radiation therapy (radiothérapie par modulation d'intensité)
- ⁴ Minimally invasive radical prostatectomy
- ⁵ Three-dimensional conformal radiation therapy
- ⁶ Food and drug administration (USA)
- ⁷ National health service (UK)
- ⁸ <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory>
- ⁹ Cf. mail UNHPC 11/180 : "Grande-Bretagne" du 27 mars 2011
<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits>
- ¹⁰ Payment by results (UK)
- ¹¹ National institute for health and clinical excellence (UK) - <http://www.nice.org.uk/>
- ¹² Regulate, inspect and review all adult social care services in the public, private and voluntary sectors in England - <http://www.cqc.org.uk/>
- ¹³ Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé)
- ¹⁴ Tarification à l'activité
- ¹⁵ Cf aussi les systèmes dénommés P4P (pay for performance)
- ¹⁶ A propos de "performance", on se reportera avec intérêt à la somme publiée par l'Observatoire Européen et maintenant accessible par téléchargement : European Observatory on Health Systems and Policies - Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects - (c) Cambridge University Press 2009 - Reprinted 2010 - ISBN 978-0-521-11676-3 Hardback - ISBN 978-0-521-13348-7 Paperback - Téléchargeable sur <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences,-challenges-and-prospects>
- ¹⁷ Rapport adopté le 15 mars 2011
- ¹⁸ Cf. mail UNHPC 11/179 : "Publication - Oncologie médicale" du 27 mars 2011
<http://www.academie-medicine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=2145>
- ¹⁹ Cette contradiction a souvent été dénoncée par l'UNHPC et par d'autres organisations représentatives de l'Oncologie, publique et privée. Plusieurs rapports ont souligné le fait que l'organisation de l'avenir de l'oncologie médicale et de l'anatomopathologie devrait constituer des priorités. Autre exemple, l'Appel envoyé le 12 mai 2009 par la Fédération française des oncologues médicaux, le Syndicat français des oncologues médicaux et de nombreux professionnels de l'oncologie au Président Sarkozy sous le titre : "*Les oncologues médicaux appellent au Président de la République*". Cet appel a été publié par de nombreuses revues dont Oncologie et le nouveau Cancérologue. Il relevait entre autres : « Il y a une vraie contradiction, à traduire dans les faits une priorité d'accès aux médicaments innovants et souvent très coûteux en cancérologie et à délaissier le métier qui est censé les prescrire et en assurer le bon emploi auprès des patients comme au près du pays. »
- ²⁰ Revue de morbi mortalité
- ²¹ Groupe de travail mixte : Académie nationale de médecine (ANM) - Haute autorité de santé (HAS) - Jacques Rouëssé, Gilles Bouvenot, François Meyer Lise Rochemaux, Maurice Tubiana, Marie-Christine Woronoff Lemsif
- ²² Haute autorité de santé
- ²³ Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
- ²⁴ Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- ²⁵ Institut national du cancer
- ²⁶ Organisation de coopération et de développement économique
- ²⁷ Jean de Kervasdoué (Conservatoire des Arts et Métiers), Claude Le Pen (Université Dauphine)
- ²⁸ Rapport publié par l'INCa : *Situation de la radiothérapie en 2010* - Cf. UNHPC 11/167 : "INCa - Rapport Radiothérapie 2010" du 24 mars 2011

**Peut-on gérer
au gré des modes
réglementaires
et du yo-yo
des allocations
de ressources ?**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/13

Date de parution : lundi 4 avril 2011

Sujet : **Quelques sujets d'étonnements...**

Mots types : Missions de service public - Heures supplémentaires - Ordre infirmier - CNOI - Nora Berra - Liste en sus - UK - Tarif identique - Chirurgie ambulatoire - Bureau-cratisation - FHF - J. P. Fourcade - R. Bachelot

Année 2011 - p. 50/210

Curieux... Les journaux ont parlé de "foire d'empoi-gne" à l'Assemblée Nationale à propos des **missions de service public**. Il s'agissait de préciser la loi HPST¹. Depuis HPST, la loi dit en effet que tous les établissements peuvent candidater à ces missions. Cela semble bien le minimum. C'est à l'ARS² de décider à qui elle attribue. Mais la FHF³ veut défendre son monopole. Elle jette donc le trouble en posant une question d'interprétation. Selon elle, un établissement privé ne pourrait se voir concéder une mission de service public, telle que définie par le Code de la santé publique, que s'il y a défaillance de l'hôpital public. En réponse, un projet d'amendement à la proposition de loi "Fourcade" prévoyait un dispositif compliqué. Les 14 missions de service public étaient classées en trois sous-groupes organisant le degré de concurrence possible entre le secteur public et le secteur privé... Finalement, la DGOS⁴ a fait savoir à la FHF que l'amendement était retiré. Cette dernière est "satisfaite". Selon elle la concurrence organisée par l'ARS s'assimilait à "une vente à la découpe" !

Curieux... Il a fallu aller jusqu'au Conseil d'Etat pour faire savoir qu'**un hôpital public doit payer les heures supplémentaires lorsqu'elles ont été effectuées**, même si cet établissement est déficitaire⁵. Heureusement qu'il y a un Conseil d'Etat en France !

Curieux... L'Etat a tout fait pour créer un **Ordre infirmier**. On pouvait légitimement se poser la question de savoir si cette création était indispensable. Nous nous en étions fait l'écho. L'Etat le voulait. C'était urgent et indispensable. Il l'a créé. Hélas, nous sommes dans la caricature de la gestion de petite politique. Les modes changent. A peine créé, l'Ordre infirmier est critiqué par l'Etat qui n'a cessé de le fragiliser. Il est en passe d'y parvenir, malgré le très gros et très prometteur travail réalisé. Pour satisfaire l'Etat, dont on se demande de quoi il se mêle, les cotisations sont revues⁶, "des coupes sombres" sont réalisées dans le budget, les missions prises en charge sont réduites "à leur plus simple expression", au niveau du Conseil national, "on ne communiquera qu'avec les moyens du bord"... Les tensions internes apparaissent logiquement. La Ministre est-elle satisfaite d'avoir été suivie ? Non, Nora Berra déclare à l'Assemblée nationale qu'elle reste très attentive et que le cas échéant "il nous faudra envisager une adhésion facultative pour tous les infirmiers"⁷. Ce qui arrive à l'Ordre est significatif d'un mal hélas de plus en plus courant. Peut-on vraiment gérer un système hospitalier national au gré de modes aussi impératives que changeantes ?

Curieux... "**Il faut bien faire vivre la liste en sus**". Nous sommes d'accord, mais, dans la langue de bois obligatoire, il convient de le réaffirmer à chaque fois, car il faut faire semblant de croire que là est le problème. Nous le réaffirmons donc. Néanmoins si on passe aux vrais problèmes, les choses ne sont pas si faciles. La DGOS a informé les Fédérations qu'elle intervenait auprès du Comité Economique des Produits de Santé pour faire baisser rapidement le prix LPP⁸ du taxotère. Le taxotère serait intégré dans le GHS⁹ au 1^{er} mars 2012. Que nos organismes officiels fassent leur travail est une bonne nouvelle. Mais que la DGOS continue à penser qu'il n'y a pas de perversité dans son système d'EMI¹⁰ et que les recettes qu'il occasionne sont des petites grattes qu'elle nous donne dans sa grande bonté afin de nous octroyer, quand elle le peut, un petit plaisir en nous précisant bien qu'il ne s'agit pas d'une recette de soins... cela laisse toujours aussi pantois. Peut-on gérer un établissement de santé dans le yo-yo perpétuel et imprévisible des recettes qui lui sont allouées ?

Curieux... Personne ne relève que, pour la première fois depuis la guerre, **le revenu par tête a baissé cette année en Grande Bretagne**. Tout le monde continue à penser que nous arriverons à passer le mur de la dette vers lequel nous nous précipitons sans nous faire mal, et sans changer notre habitude de payer nos dépenses par le déficit. Pourvu que ça dure !

Curieux... Cela fait des années qu'on tourne autour du pot en matière de financement incitatif au développement de la chirurgie ambulatoire. En 2005, par méconnaissance du sujet, les Fédérations avaient bloqué **la mise en place de deux tarifs "identiques" (hospit-ambu)**. Depuis, elles le promouvaient toutes. A la fin de cet automne lors d'un séminaire réunissant les plus hauts responsables de l'administration de la santé et des Cabinets ces derniers voulaient tous l'instaurer, vite. Il y avait une seule exception, une seule : la DGOS qui persistait à croire que la planification et les OQOS étaient plus efficaces. Depuis, la DGOS a lancé un grand "état des



lieux". Mais sa position évoluait et elle annonce depuis plusieurs semaines des incitations tarifaires ciblant la totalité de la chirurgie pour 2012. Enfin, serait-on tenté de dire. Mais voilà que la FHF révisé sa position sur le tarif identique. Elle le fait savoir lors d'une réunion DGOS-Fédérations. Elle a été contre. Elle a été pour. Elle redvient contre. Avec le paiement à l'activité, elle commençait à regagner des parts de marché. Nous nous inquiétions ici même du fait qu'en chirurgie le privé restait passif et que les innovations venaient maintenant du secteur public. La FHF veut-elle des subventions plutôt que des prix, au risque de casser la dynamique de ses établissements ? Qu'est-ce qui se cache encore là-dessous ? Difficile de dire, mais le risque est grand que, tous, nous prenions encore du retard. La DGOS fixe pourtant maintenant l'objectif à 60 % de chirurgie ambulatoire pour les SROS¹¹. Pourquoi pas ? Il faut bien être moderne... Mais si la FHF est contre le moyen d'y arriver...

Curieux... Tout le monde dénonce, maintenant comme hier, "l'incontinence réglementaire", mais la machine tourne à plein, dans le secteur de la santé beaucoup toujours plus qu'ailleurs. Parfois **les textes** sont importants. Cette semaine, par exemple, il faut lire et travailler les 57 pages de la "**Première circulaire relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé**"¹². Il faut aussi lire et travailler les 14 pages des **décrets relatifs à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions de service public** et aux activités de

soins de certains établissements de santé privés ainsi qu'aux missions des établissements publics de santé et les deux arrêtés qui en découlent¹³. Mais comment ne pas évoquer aussi l'extraordinaire jargon de la circulaire budgétaire, le nombre absolument stupéfiant de sigles qui y sont employés sans même que les rédacteurs prennent la peine de les traduire. Notre "MediSigles" comporte maintenant 37.500 sigles¹⁴. A la lecture de la circulaire il en manque pourtant un ou deux... Lors du colloque organisé pour l'anniversaire de la création des ARS, Jean-Pierre Fourcade a dit craindre "*un risque de bureaucratisation double, du côté des ministères et de chacune des ARS*". Plusieurs orateurs, dont des ARS, ont exprimé le même souci. L'expérience "terrain" confirme, s'il en était besoin. La ministre des solidarités et de la cohésion sociale, Roselyne Bachelot, a déclaré qu'elle n'attendait pas des directeurs généraux d'ARS qu'ils "*exécutent ces instructions ou circulaires les unes à côté des autres*". "*J'attends de vous que vous façonniez vos propres outils « sur mesure » et au service de votre propre vision régionale*", leur a-t-elle expliqué¹⁵. Voilà qui va arranger les choses.

On pourrait prolonger : **la certification v2010** va "*s'humaniser*" ? !...

La semaine a été riche en étonnements...

¹ Loi hôpital patient santé territoire (loi "Bachelot" - loi 2009-879 du 21/7/2009)

² Agence régionale de santé (2010)

³ Fédération hospitalière de France

⁴ Direction générale de l'offre de soins

⁵ « *Le Conseil d'État a tranché : le temps de travail additionnel effectué par un médecin hospitalier au-delà de ses 48 heures hebdomadaires doit lui être payé et son établissement ne peut pas s'abriter derrière des arguments budgétaires pour ne pas le faire – ou le faire moins qu'il ne le devrait.* » - K. P. - *Même déficitaire, l'établissement doit payer* - Le Quotidien du Médecin 31/03/2011

⁶ Cf. le communiqué de presse de l'Ordre National Infirmier du 29 mars 2011 et le mail UNHPC 11/188 du 31-3-2011

⁷ Cf. : *Dominique Le Boeuf indique avoir réduit "à leur plus simple expression" les missions de l'Ordre infirmier* - APM n° MHOCU003 du 30/03/2011 ; *Cotisation à l'ordre infirmier : Nora Berra évoque le principe d'une adhésion facultative* - HOSPIMEDIA du 30.03.11

⁸ Liste des produits et prestations

⁹ Groupe homogène de séjours (qualifie la prestation hospitalière facturée pour chaque Groupe homogène de malades (GHM))

¹⁰ Ecart moyen indemnisable

¹¹ Depuis 2009 : Schéma régional de l'organisation des soins (2009)

¹² Circulaire N° DGOS/R1/2011/ du XX relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé (non encore numérotée officiellement mais diffusée comme "signée" par la DGOS le 1-4-2011) - cf. mails UNHPC 11/196 du 2-4-11 pour la circulaire et ses 8 annexes, UNHPC 11/197 du 3-4-2011 pour un recueil d'extraits concernant la cancérologie, les soins palliatifs et l'anatomopathologie

¹³ Décret n° 2011-344 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions de service public et aux activités de soins de certains établissements de santé privés ; Décret n° 2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé ; Arrêté du 28 mars 2011 relatif à l'indemnisation forfaitaire des médecins exerçant à titre libéral admis à participer à l'exercice des missions d'un établissement public de santé prévue à l'article R. 6146-23 du code de la santé publique ; Arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article R. 6146-21 du code de la santé publique. Cf. mail UNHPC 11/190 du 31-3-2011

¹⁴ MediSigles (MediBrev en anglais) : dictionnaire de sigles médicaux développé pour iPhone, iPad et iPod Touch par l'UNHPC. Disponible sur l'App Store.

¹⁵ Caroline Besnier - *ARS : le risque de bureaucratisation pointé lors du colloque anniversaire* - APM CBOD1003 du 01/04/2011

"La gestion des hôpitaux et la planification régionale des ressources, développées en France, nous intéressent beaucoup. La Chine est en recul sur ces aspects-là."

Pr Chen Zhu

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/14

Date de parution : lundi 11 avril 2011

Sujet : **L'Etat, la réforme, la coopération et la comptabilité**

Mots types : J. P. Door - HPST - UMP - Chine - Chen Zhu - Planification - Gestion - Compétence - M. Rocard - R. Cayrol - GCS - FHP - Coopération - IGAS - Comptabilité analytique - A. Loth

Année 2011 - p. 52/210

Ce mercredi, **Jean-Pierre Door**, député du Loiret, investi de nombreuses responsabilités à l'Assemblée¹ et très actif sur le domaine de la santé était interviewé dans le cadre des "Asclépiades", rencontres organisées par "Décision Santé" et "Le Quotidien du Médecin"². Il y développait la vision de l'UMP³.

Le message était clair : la loi HPST⁴ est mal comprise. Il faut développer beaucoup de pédagogie pour la faire "digérer" et la faire comprendre. Une question difficile lui a été posée : faut-il, dans cette période préélectorale, accélérer ou freiner la réforme ? A l'écouter il semblait qu'il faille accélérer à l'hôpital et calmer le jeu pour les libéraux, leur redonner confiance.

Le langage est classique : il faut "restructurer" mais on ne nous parle que de "coopérations", sans noter que le mot est détourné. Il faut augmenter la "performance" de l'hôpital, et, pour cela, "éviter les doublons", "mutualiser les moyens", "mettre en place des communautés hospitalières de territoire". On nous rappelle que le Président de la République "a voulu un patron qui décide" pour l'hôpital, en omettant de nous dire qu'en fait le patron c'est l'ARS⁵... Ce qui frappe aussi, c'est l'absence des cliniques et des médecins spécialistes libéraux dans le raisonnement. Ils n'existent pas. Rien non plus, en conséquence, sur le système de rémunération par dépassements d'honoraires, ou sur la financiarisation de la gestion des cliniques...

Bref, la question finit par venir. Ce système n'est-il pas de nature "bolchevique" ? La question n'a pas plu. On le comprend. Le mot est précis et on ne voit pas très bien ce que Lénine viendrait faire là. Mais la question demeure, car derrière ce qualificatif il y a la notion d'un système centralisé, bureaucratique, planifié, régi par des normes, allergique à la concurrence et à l'autonomie des entreprises, préférant les subventions aux prix, insensible au développement des comportements d'évitement, de systèmes pervers ou corrupteurs, d'alourdissement des coûts. Et là, nous y sommes. La question de savoir s'il faut accélérer ou appuyer sur le frein est bien la question permanente des dirigeants de ce type de système qui doivent, en effet, toujours "user de plus de pédagogie pour mieux faire comprendre" leurs orientations. Le fait que ce soit la droite libérale qui soit la plus acharnée à défendre cette

approche est le paradoxe français. Personne n'interroge le député sur la contradiction apparente de ce gouvernement qui, plus de 40 ans après, satisfait à la revendication de mai 1968 en accordant l'autonomie aux universités, mais qui accélère l'étatisation du système hospitalier. En écoutant Jean-Pierre Door, nous étions quelques-uns à être distraits par le Ministre de la santé chinois qui affirmait dans l'interview du Quotidien du Médecin du jour : "la gestion des hôpitaux et la planification régionale des ressources, développées en France, nous intéressent beaucoup. La Chine est en recul sur ces aspects-là."⁶ Ce n'était sûrement pas bien d'être distraits ainsi... Revenons donc en France. Sur ces questions, la gauche est absente, ou alors elle se partage en deux, la "première gauche" appuyant dans le même sens, la "deuxième gauche" n'ayant pas les moyens d'en sortir. Pour l'instant la santé et l'organisation du système n'ont pas l'air de vouloir s'immiscer dans la future campagne. Dans ce contexte, on ne sait s'il faut le regretter. Ce qu'on sait pourtant de façon certaine c'est que l'échéance approche car on ne pourra plus financer longtemps la solidarité nationale par la dette. Préférera-t-on alors la défense du système ou, s'il en est encore temps, une réforme qui lui permette de puiser dans ses réserves d'organisation, d'innovation et de productivité ?

Faut-il poser la question du point de vue de la "compétence" de la classe politique ? Ce serait trop réduire et trop simplifier les difficultés du moment et la complexité des choses. Pourtant, cette semaine Roland Cayrol rappelait⁷ que, d'après les sondages, ce qu'attendent les Français de leurs hommes politiques, c'est avant tout "l'honnêteté et la compétence". Michel Rocard attirait l'attention sur le fait que, d'après lui, "la politique a disparu parce que le système d'information a dérivé vers le spectacle. La démocratie représentative a fait place au sondage sur l'instant". Si bien que "vous n'aurez plus jamais de ministre compétent sur votre sujet". Sa conclusion était que "seul un syndicalisme de négociation permanente peut faire bouger les choses." Il s'adressait bien sûr à des enseignants...⁸

Cette semaine deux autres initiatives illustraient le débat posé involontairement par Jean-Pierre Door.

La FHP organisait une "Journée d'information" sur le



thème "**Comment concevoir et développer votre projet de coopération ?**"⁹. Journée de très haut niveau grâce à la qualité et à la qualification des intervenants. Journée difficile pour les participants. Il apparaissait ou il se confirmait que nous manquons d'un véritable droit de la coopération, que la question du régime de la responsabilité est sous-estimée, que la "coopération" dont il s'agit est le plus souvent une "coopération forcée", à l'initiative de la Tutelle, pour le plus grand bien de l'hôpital public, qu'il s'agit de sauver, souvent, de conforter, toujours. L'*affectio societatis* n'existe pas. Le fondement de ce qu'on appelle "coopération" en santé, c'est la volonté du directeur d'ARS, renforcée, s'il en était besoin, par l'appareil réglementaire et les dispositions des Schémas et autres "Contrats d'objectifs". Le moyen est connu et unique : le GCS¹⁰. Le moyen est même une fin puisqu'il fait l'objet d'un intéressement en espèces sonnantes et trébuchantes des directeurs d'ARS. La question n'est pas de développer des coopérations, la question est de s'adapter aux injonctions du pouvoir en utilisant le moins mal possible l'outil obligatoire. Instructif, très technique, et dur pour le moral des participants...

L'IGAS¹¹ a publié cette semaine un rapport intitulé : "**Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé : Examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé**"¹². Nul ne contestera l'intérêt d'une comptabilité analytique. Nul ne contestera l'évidence d'un certain nombre des propositions¹³ faites par les rapporteurs concernant l'utilité d'un contrôle de gestion "*mature*"¹⁴ (?) à l'hôpital.

Ce qui étonne, c'est que cela ne soit pas encore fait. Ce qui étonne c'est que ce soit l'Etat qui fasse ces recommandations. Imagine-t-on pareilles recommandations de l'Etat pour un autre secteur d'activité industriel ou commercial ?... Ce qui étonne c'est que les auteurs ne se posent pas la question de savoir pourquoi les Directions, depuis tant d'années (depuis 1983 que la comptabilité analytique est "obligatoire"), préfèrent avoir un directeur de la stratégie (chasseur de prime) qu'un contrôleur de gestion ? Que l'Etat souligne qu'il s'agit d'un "*enjeu managérial*"¹⁵, qu'il note "*une maturité inégale de la gouvernance déconcentrée*"¹⁶, soit. Ce qui étonne ce sont toutes les recommandations qui visent à multiplier et renforcer les initiatives de l'Etat. Qui est le mieux à même de mieux gérer ? Les auteurs du rapport sont bien dans la ligne : c'est l'Etat. Il est donc logique qu'il se mêle de tout et plus encore du détail et des modalités d'organisation interne. Et de rappeler qu'"il convient de « *médicaliser* »¹⁷ le contrôle de gestion..." Comme disait avec humour André Loth¹⁸, "*pourquoi donc les militaires n'exigent-ils pas de "militariser" le contrôle de gestion des bataillons...*" Mais cet humour est sans doute hors sujet.

L'Etat nous dit comment faire. Qui s'en plaint ? Qui peut croire que ce n'est pas la bonne méthode ? D'ailleurs, le rapport le dit : les professionnels sont "*dans l'attente d'une action plus identifiée des Tutelles*"¹⁹...

- ¹ Cf. la fiche de l'Assemblée nationale : Cardiologue ; Secrétaire de la commission des affaires sociales ; Membre de l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques ; Président du Groupe d'études "Professions de santé ; Vice-Président des Groupes d'études Médicament et produits de santé et Professions libérales ; Membre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale ; Membre titulaire du comité d'évaluation de la mise en oeuvre des dispositions relatives à la modernisation des établissements de santé de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
http://www.assemblee-nationale.fr/13/tribun/fiches_id/267289.asp
- ² Cf. : Cyrille Dupuis - *Après HPSY, freiner ou accélérer les réformes. La vision du monsieur « santé » de l'UMP* - Le Quotidien du Médecin du 8 avril 2011, n° 8941, p. 2
- ³ Union pour un Mouvement Populaire
- ⁴ Loi hôpital patient santé territoire (loi "Bachelot" - loi 2009-879 du 21/7/2009)
- ⁵ Agence régionale de santé
- ⁶ Cf. : Pr Chen Zhu : « Favoriser les échanges au plan médical, mais aussi politique » - Propos recueillis par Delphine Chardon - Le Quotidien du Médecin du 5 avril 2011, n° 8938, p. 3
- ⁷ Journal télévisé de 13 h - Antenne 2 - Dimanche 10 avril 2011
- ⁸ Luc Cédelle - Michel Rocard aux enseignants : « Vous n'aurez plus jamais de ministre compétent » LeMonde.fr, Blogs - 05 avril 2011 - "Lundi 4 avril, c'est dans un auditorium du siège de la CFDT et à l'invitation des enseignants du SGEN que Michel Rocard est venu plancher, sur le thème des « politiques publiques » et des « réformes de l'Etat »."
- ⁹ FHP - Fédération de l'hospitalisation privée - Journée d'information de l'hospitalisation privée du jeudi 7 avril 2011 - Paris
- ¹⁰ Groupement de coopération sanitaire (d'après Maître Maxence Cormier, le GCS a subi 18 modifications réglementaires depuis sa naissance en 1996, sans compter celle en cours de discussion...)
- ¹¹ Inspection générale des affaires sociales - Ministère de la santé
- ¹² Cf. mail UNHPC 11/206 du 5/4/11
Rapport établi par François SCHECHTER, Inspecteur général des affaires sociales et Jean Claude DELNATT, Conseiller général des établissements de santé. Rapport publié cette semaine, daté de décembre 2010.
« Par une saisine en date du 17 mai 2010, le cabinet de la ministre de la santé et des sports a confié à l'IGAS une mission relative à la réalisation « d'un audit qualitatif, dans une dizaine d'établissements de santé, ayant mis en place et utilisant à bon escient la comptabilité analytique ». La saisine inscrit les travaux de cette mission dans « un programme plus large conduit par la DGOS (Direction générale de l'offre de soins), en lien avec l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) et le GACAH (Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière), comprenant la réécriture du guide de la comptabilité analytique hospitalière et une enquête sur l'ensemble des établissements de santé pour évaluer le niveau de déploiement et la coordination avec les éditeurs de logiciel ». Il est rappelé, en clôture de cette saisine, que l'objectif est : « La généralisation, d'ici 2014, du déploiement et de l'utilisation de la comptabilité analytique ».
Téléchargeable sur : <http://idf-acc-front1.heb.fr.colt.net/rapports-publics/114000171/index.shtml>
- ¹³ Cf. par exemple les recommandations 16 à 20, pp 45 et 46 du rapport :
16 - *Inciter les établissements dotés d'un contrôle de gestion mature à le positionner au plus près de la direction générale.*
17 - *Constituer une filière de formation initiale et continue dans le domaine du contrôle de gestion hospitalier.*
18 - *Constituer une cellule médico-économique dans chaque établissement.*
19 - *Constituer un binôme CDG DIM et organiser, dans l'intervalle, les conditions de leur collaboration effective.*
20 - *Instituer des assistants de gestion appartenant à la fois à l'équipe de contrôle de gestion et aux équipes de pôle.*
- ¹⁴ Cf. ci-dessus recommandation n° 16
- ¹⁵ Cf. p. 42 n° 241
- ¹⁶ Cf. p. 5 n° 19
- ¹⁷ Cf. p. 7 n° 34 : « Le cadre de direction, responsable du contrôle de gestion, à titre exclusif ou partagé avec d'autres responsabilités selon la taille de l'établissement, doit dans l'idéal et dans l'esprit de la réforme de la loi HPST, pouvoir être membre du directoire, puisque c'est au sein de cette instance qu'est réalisée l'interface entre la direction et le corps médical. Par ailleurs, il convient de « médicaliser » le contrôle de gestion via la constitution d'une cellule médico-économique comprenant le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement (CME), des chefs de pôle, le chef du département d'information médicale (DIM) et le directeur des affaires financières (DAF) et ayant pour missions de valider les choix relatifs à la comptabilité de gestion de l'établissement, de proposer des règles d'intéressement des pôles aux résultats et d'évaluer l'évolution des coûts de fonctionnement des pôles, notamment par comparaison avec des normes nationales ou régionales et formuler des propositions. La mission considère comme prioritaire un rapprochement fonctionnel entre le contrôle de gestion et le DIM. »
- ¹⁸ Responsable de la Mission PMSI au début des années 90
- ¹⁹ Cf. p. 6 n° 25

**"Faciliter le développement
d'un système de mesure
de la performance
qui favorise
la responsabilisation
des organisations
gouvernementales..."**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/15

Date de parution : lundi 18 avril 2011

Sujet : **Dépassements, Unicancer, Primo-prescription, USA**

Mots types : SML - FFCLC - J. Reiffers - D. Maigne - P. Flamant - MD Anderson - Oncologie - CNEC - CNU - AERIO - Ordre des médecins - DGOS - INCa - IOM - Indicateurs - Santé

Année 2011 - p. 55/210

Après la CSMF¹ et Le Bloc, le SML² fait des propositions pour sortir de l'impasse dans laquelle nous amène tous le système pervers et mortifère des **dépassements d'honoraires**. C'est bien. Disons-le, il y a quelque chose d'admirable à voir ainsi tous les grands syndicats de médecins faire des propositions pour essayer d'assurer la pérennité du métier et de rétablir les conditions d'un minimum de dignité professionnelle malgré les turpitudes imposées par l'Etat. L'Etat, d'une main, organise et favorise les pratiques déviantes, de l'autre, sanctionne ceux qui utilisent les outils qu'il a créés ! On est là dans l'intolérable. Le système des dépassements d'honoraires que l'on reproche aux médecins n'est que la traduction d'une filouterie de l'Etat : encourager le nécessaire ajustement des rémunérations en le faisant payer par d'autres, c'est-à-dire sans prendre la responsabilité minimale d'assumer ses actes, de peur d'accroître le déficit de la Sécurité Sociale.

Il y a deux questions : celle du "juste prix" (d'après les Ministres successifs, "les professionnels ont su le déterminer"... Si leur parole dit vrai, les Ministres n'ont donc qu'à l'officialiser !...) et celle du partage sécurité sociale / mutuelle / reste à charge.

Trancher cette question est de la responsabilité des élus. C'est difficile, mais c'est l'honneur des élus de trancher, d'arbitrer, c'est leur déshonneur de tromper tout le monde et de pervertir le système de solidarité nationale.

Les initiatives des syndicats médicaux, aussi heureuses soient-elles, nous montrent aussi les limites du jeu conventionnel qui consiste, sur ce sujet, à amoindrir les effets pervers des règles imposées par l'Etat, encadrer les comportements, limiter les "abus", sans pouvoir responsabiliser l'Etat, sans pouvoir forcer l'Etat à rendre compte des effets de ses choix, sans pouvoir l'amener à assumer ses responsabilités devant la nation.

Lundi dernier, "**Unicancer**" a été officiellement créé et la FNCLCC³ rebaptisée FFCLCC⁴ (Fédération Française...). Au-delà d'une simple "Fédération", Dominique Maigne, Délégué Général, a beaucoup œuvré pour la constitution d'un vrai "Groupe", avec des fonctions communes précises, en particulier en termes d'achat, de recherche et d'unification des orientations stratégiques. Cet

aboutissement est une réussite qui lui doit beaucoup. Nommé directeur de la HAS, il sera remplacé par Pascale Flamant, Directrice générale et Présidente par intérim de l'INCa⁵.

Il s'agit donc d'une étape importante dans la vie des Centres.

Les discours du Président Josy Reiffers s'est voulu un discours d'"ouverture", de "main tendue", de rappel des "valeurs".

Annonce-t-il une nouvelle période ? Depuis la création des Centres, après la guerre, jusqu'en 2003, nous avons connu les Centres leader et animateurs d'une conception du métier, soucieux d'un équilibre fondateur entre les CHU⁶ (sources du professorat) et le privé (important par la masse des patients qu'il prend en charge). Ce fut une période créatrice où la concurrence n'empêchait pas d'importantes initiatives et réalisations communes. Puis vint la période du mariage avec les CHU, période de fermeture au privé, de lutte pour le pouvoir et la captation des financements liés aux Plans Cancer. Nous nous réjouissons tout particulièrement si le discours du Président ouvrirait une ère nouvelle où Unicancer retrouverait son rôle de leader sachant coopérer et donc entraîner toute l'interprofession avec la légitimité de celui qui n'a qu'un seul objet : la lutte contre le cancer. Le passé, les expériences étrangères et les pratiques de gestion le prouvent : cette "spécialisation" peut donner aux Centres une acuité et une capacité d'innovation spécialisée qui est plus difficile pour nous autres, CHU, CH⁷ et privés, qui assumons en outre la proximité et la pluriactivité. Il y aurait tant de choses à faire avec de "vraies" coopérations...

Les échéances et les défis à venir sont par ailleurs impressionnants pour nous tous. Le Président a parlé bien sûr de la participation à la recherche, des traitements personnalisés, de l'extension aux responsabilités sociales... Il a aussi évoqué un voyage tout récent au MD Anderson Cancer Center⁸ à Houston. Cet établissement prestigieux prend en charge plus de patients que la totalité des 20 Centres français. Il n'a pourtant que 350 lits. Tout le monde dans l'assemblée a fait son calcul mental : pour faire aussi bien que le MD Anderson, il suffirait de 17 lits par Centre ?... L'avenir reste à écrire et les défis ne concernent pas que les Centres !



Le débat sur la "**primo prescription**" vient de franchir une nouvelle étape. Ce dossier long, mais toujours traité en urgence, s'était arrêté en septembre 2010, puis en janvier 2011. En pleine procédure d'autorisation, il fallait, nous dit-on, "assouplir les décrets". Parmi d'autres, il y avait un vrai prétexte. Certains médecins spécialistes n'avaient en effet pas pu profiter des fenêtres administratives pour régulariser leur situation en passant un DESC⁹. Récemment ce dossier a été rouvert par la DGOS¹⁰ et l'INCa¹¹.

Tous réunis (CNEC¹², CNU¹³, Fédérations, AERIO¹⁴, Sociétés savantes), hélas sans l'Ordre des médecins, nous nous sommes mis d'accord sur de nouveaux critères : ceux que devraient respecter les spécialistes non reconnus comme compétents par l'Ordre et non pourvus d'un DESC mais voulant continuer à prescrire des chimiothérapies sur leur organe de compétence.

Hélas, le projet de décret soumis à concertation ouvre la fenêtre jusqu'à 2004 alors qu'un consensus s'était fait sur une fenêtre déjà très large s'arrêtant en 1994, et confie la décision de reconnaissance de compétence à primo prescrire à l'ARS du lieu d'exercice du demandeur, alors que nous voulions tous une commission nationale afin d'éviter les conflits d'intérêts. Hormis les représentants des sociétés de spécialistes et de la FEHAP¹⁵, il y a unanimité pour bloquer sur ces deux points. Comme le dit très bien le Pr. François Guillemin, Président de la sous-section 47-02 du CNU : "*Une fenêtre large et des attestations sans lien avec une évaluation universitaire déconsidéreraient cette formation complémentaire pluridisciplinaire spécifique et nieraient son utilité dans la prise en charge des patients. Il faut une cohérence avec les autorisations pour les traitements médicaux des cancers afin de rester dans la ligne politique de Qualité voulue par les Plans Cancer.*"

La DGOS a donc conclu logiquement cette nouvelle phase de "concertation" en demandant à l'INCa de retirer la question de l'approbation des nouveaux critères INCa de l'ordre du jour de son Conseil d'Administration convoqué pour le 29 avril prochain. Nous demandons en effet l'examen solidaire et concomitant des critères et du décret qui les met en œuvre.

Rappelons qu'il ne s'agit que de la "primo prescription". Rappelons la création juridique de la notion d'"établissements associés".

Rappelons qu'il y aura bientôt une procédure officielle de VAE¹⁶.

Il faudra bien pourtant sortir de cette impasse.

Le faux conflit qui semble poindre entre "Spécialistes" et Oncologues" n'a aucun sens. Il est délétère. Il permet de surseoir encore et encore à la prise en charge du vrai problème : celui de l'avenir de l'oncologie. Dans le contexte actuel, la question des dates est importante car significative. Dans le cas où la DGOS accepterait de mettre sur pied, pour le temps nécessaire, une commission nationale pour évaluer le respect des critères sur lesquels nous sommes maintenant tous d'accord, commission nationale à laquelle participeraient des oncologues, les représentants des spécialistes concernés et l'Ordre, le problème ponctuel de la reconnaissance de la compétence

des quelques spécialistes concernés ne serait-il pas résolu ?

A l'étranger, le rapport publié cette semaine par l'IOM¹⁷ américain ("**Pour améliorer la santé des populations : le rôle de l'évaluation et de la responsabilisation dans l'action**"¹⁸) est, comme souvent, particulièrement intéressant. Il s'agit du premier d'une série de trois. Ce premier tome se penche sur les informations nécessaires au développement de comportements plus responsables des acteurs de santé comme des responsables locaux ou nationaux ou des populations. Le second rapport sera consacré aux stratégies juridiques et réglementaires adéquates, le troisième aux ressources nécessaires et aux approches à développer pour assurer leur pérennité.

Parmi d'autres, quatre extraits qui donnent à penser :

- "*En décrivant et en utilisant le terme de "système de santé", le comité vise à rétablir la bonne acception, fondée sur des preuves, de ce qu'est la santé. Elle est non seulement le résultat des soins médicaux ou cliniques, mais elle est aussi le résultat de la somme de ce que nous faisons en tant que société pour créer les conditions dans lesquelles les gens peuvent être en bonne santé.*"¹⁹
- "*Recommandation n° 5 : Le comité recommande que l'État et que les agences locales de santé publique collaborent avec les organisations hospitalières pour s'assurer que le public a une bonne connaissance de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services cliniques dispensateurs de soins dans leur État et sur leur territoire. Au plan local, des rapports d'évaluation sur la sur-utilisation, sous-utilisation ou l'utilisation inappropriée devraient être disponibles pour certains actes en matière de prévention et de diagnostic, d'interventions et de traitement.*"²⁰
- "*Recommandation 7 : [...] Faciliter le développement d'un système de mesure de la performance qui favorise la responsabilisation des organisations gouvernementales et du secteur privé qui ont des responsabilités pour protéger et améliorer la santé des populations au niveau local, des États et au niveau national. [...] Soutenir la mise en œuvre du système de mesure de la performance en :
- mettant en œuvre les formations nécessaires et en obtenant l'adhésion au système des décideurs politiques et des partenaires [...]*"²¹
- "*La première décennie du 21^e siècle a été une période extrêmement active et productive en matière d'indicateurs de santé, indicateurs de type "résultats" ou autres. [...] Le comité a examiné le rôle des données et des indicateurs en matière d'information et de capacité d'action responsable. Il émet des recommandations qui, si elles sont mises en œuvre, peuvent conduire en matière de santé, à un système d'information plus cohérent, plus efficace et plus utile. Les changements et les défis de l'avenir, du vieillissement de la population jusqu'aux difficultés économiques, nécessitent un sys-*

tème qui intègre pleinement les déterminants de santé dans ses instruments et ses méthodes, qui utilise à plein les bienfaits des nouvelles technologies afin d'accroître son efficacité, de maximiser ses moyens, de construire des ponts entre les secteurs d'information."²²

Ce genre de considérations mériterait bien saisine de l'ANAP²³, de la HAS²⁴, ou de l'INCa par les ARS²⁵ pour obtenir une traduction suivie d'un colloque sur la question qui fait le titre du rapport...

- ¹ Confédération des syndicats médicaux français
- ² Syndicat des médecins libéraux - Le 14-4-2011 le SML a proposé la mise en place d'un nouveau dispositif intitulé "secteur 4". Le projet a été remis à Frédéric Van Rookeghem, directeur général de la CNAMTS
<http://www.lesml.org/>
- ³ Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
- ⁴ Fédération française des centres de lutte contre le cancer
- ⁵ Institut national du cancer
- ⁶ Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
- ⁷ Centre hospitalier
- ⁸ <http://www.mdanderson.org/>
- ⁹ Diplôme d'études spécialisées complémentaire
- ¹⁰ Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé)
- ¹¹ Institut national du cancer
- ¹² Collège national des enseignants de cancérologie
- ¹³ Conseil national des universités
- ¹⁴ Association d'enseignement et de recherche des internes en oncologie
- ¹⁵ Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
- ¹⁶ Validation des acquis de l'expérience
- ¹⁷ Institute of medicine of the national academies (USA)
- ¹⁸ For the Public's Health: The Role of Measurement in Action and Accountability
Cf. Mail UNHPC 11/235 du 16 avril 2011 ou : http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=13005#description
L'IOM présente ainsi ce rapport : "*Malgré le fait que les USA aient le système de soins le plus coûteux du monde, les Américains ne brillent pas par la qualité de leur santé. Bien que ce constat soit inquiétant, le plus gros problème est que nous ne savons pas comment inverser cette tendance. Notre manque de connaissance est dû en grande partie aux insuffisances importantes du système de collecte, d'analyse et de communication de l'information concernant la santé de la population. Dans ce rapport, l'OIM passe en revue les approches actuelles permettant de mesurer la santé des individus et des communautés et crée une feuille de route pour le futur.*"
- ¹⁹ "*In describing and using the term the health system, the committee seeks to reinstate the proper and evidence-based understanding of health as not merely the result of medical or clinical care but the result of the sum of what we do as a society to create the conditions in which people can be healthy* (IOM, 1988)". p. 1
- ²⁰ "*The committee recommends that state and local public health agencies in each state collaborate with clinical care delivery systems to assure that the public has greater awareness of the appropriateness, quality, safety, and efficiency of clinical care services delivered in their state and community. Local performance reports about overuse, underuse, and misuse should be made available for selected interventions (including preventive and diagnostic tests, procedures, and treatment).*" p. 8
- ²¹ "*Facilitate the development of a performance-measurement system that promotes accountability among governmental and private-sector organizations that have responsibilities for protecting and improving population health at local, state, and national levels. [...]* Support the implementation of the performance measurement system by:
- a. *Educating and securing the acceptance of the system by policy-makers and partners. [...]* p. 9
- ²² "*The first decade of the 21st century has been an extremely active and productive time for health-outcome and other types of indicators.*" [...] p. 10
"The committee has examined the role of data and indicators in informing action and creating accountability and has offered recommendations that if implemented can lead to a more coherent, efficient, and useful health information system. The changes and challenges of the future, ranging from an aging population to economic hardship, require a system that fully integrates the determinants of health perspective into its instruments and methods, that uses the benefits of new technologies to their fullest advantage to increase efficiency and maximize resources, and that builds information bridges among sectors." p. 11
- ²³ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ²⁴ Haute autorité de santé
- ²⁵ Agence régionale de santé

**"Ce que cherche
un médecin,
c'est de la lisibilité
sur l'avenir de
son outil de travail"**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/16

Date de parution : lundi 25 avril 2011

Sujet : **Régulation, droit, société et pratique professionnelle**

Mots types : D. Berwick - JEPU - G. Bazin - A. Bénichou - M. Ballereau - E. Hubert - G. Larcher - Hospimedia - Ch. le Dorze - FHP - Responsabilité - Contrat - CME

Année 2011 - p. 58/210

Cette semaine un des auteurs parmi les plus influents au plan international et qui est maintenant chargé de responsabilités importantes dans la mise en place de la réforme Obama, **Donald Berwick**¹, soulignait lors d'une conférence de presse :

*"Ce n'est pas en disant aux médecins, aux infirmières et aux autres praticiens de faire plus attention que nous atteindrons les objectifs... La clé du succès est ailleurs. Elle est dans le réglage fin du système dans lequel ils travaillent. [...] Ce n'est pas le fait d'exhorter les pilotes sur le mode « s'il vous plaît, faites en sorte qu'on ne s'écrase pas » qui a rendu plus sûrs les voyages à bord des avions des compagnies aériennes commerciales. Ils sont devenus plus sûrs grâce aux progrès dans la conception d'avions et de systèmes qui aident les pilotes à y arriver dans un environnement très, très complexe. On peut aussi y arriver dans la santé."*²

Donald Berwick parle système de santé autant que structures de production - l'aéronautique commerciale - ou environnement de travail - les avions.

L'environnement structurel dans lequel travaillent les médecins fait question depuis très longtemps en France. Nombreux sont les rapports qui soulignent l'urgence des améliorations, la nécessité de "réglages plus fins" c'est-à-dire plus adaptés aux exigences du système comme à celles des professionnels. Nombreuses sont les tentatives de groupes de médecins pour faire avancer la réflexion et les propositions. Les anesthésistes par exemple animent une "session professionnelle" aux JEPU depuis les années 1980. Elle avait été créée à l'initiative des docteurs Guy Bazin et Alain Bénichou et a longtemps eu grande réputation sur ces sujets³. Les chirurgiens demandaient dès 1995 un accès au droit coopératif pour mieux s'impliquer dans la marche de leurs cliniques⁴. Les radiothérapeutes soumettent régulièrement à approfondissement leur tradition de médecins entrepreneurs. Les biologistes se sont interrogés collectivement au moment du rapport Ballereau⁵. Nombreuses sont les études qui montrent que les "jeunes" ont une culture au travail différente des générations précédentes. Les Tutelles veulent des structures attractives pour, espèrent-elles, pallier au déficit démographique. On pourrait multiplier les exemples. L'UNHPC elle-même met souvent ces sujets à l'ordre du

jour de ses Rencontres en centrant ses réflexions sur l'approche "métiers". Elle a pris l'initiative d'une loi⁶ ouvrant pour la première fois le droit coopératif aux professionnels de santé pour les réseaux, les cliniques, les cabinets à plateau technique lourd. Cette loi a fait si peur à certains membres de la DHOS qu'elle a été à l'origine des GCS⁷, bel exemple de détournement.

Conclusion ? Rien ne bouge. Étonnamment le sujet est figé. Les raisons incriminées sont nombreuses : la peur qu'inspirent les médecins aux décideurs, la méconnaissance du sujet par les Tutelles, leur crainte d'une concurrence trop forte avec l'hôpital public, le manque de formation juridique et économique des médecins, la confusion avec l'approche patrimoniale...

Pourtant l'actualité remet une fois de plus le sujet en avant. Les rapports, de nouveau, insistent, à partir de points de vue différents. Des exemples ? La biologie avec le rapport Ballereau, les établissements avec le rapport Larcher⁸, la médecine générale avec le rapport Hubert⁹...

Pourquoi aborder ce sujet cette semaine dans notre chronique ? Pour deux raisons :

- L'Agence de presse Hospimedia, "en partenariat avec le Forum européen des managers de santé, a choisi de consacrer une série d'entretiens dédiés à la question du management des équipes médicales dans les établissements de santé." Elle a débuté sa série avec un long et brillant entretien avec **Christian le Dorze**, PDG de Vitalia¹⁰. Il y prône "une nouvelle organisation du « travailler ensemble »", nouvelle organisation rendue nécessaire par l'évolution des métiers, des pathologies, des cultures, la nécessaire recherche de marges d'efficience... Il constate que "l'implication des médecins tient à peu de choses"... Oui, mais c'est bien ce "peu de chose" que chacun cherche, et il n'y faut pas que des talents d'animateur car "ce que cherche un médecin, c'est de la lisibilité sur l'avenir de son outil de travail". Il souligne l'importance de "sensibiliser à la culture d'entreprise". Rappelons que cette évidence était une des principales revendications des chefs de clinique et des internes... en mai 1968 !



Cette formation aux dimensions économiques, sociales, au système de santé, à la gestion n'est toujours pas à l'ordre du jour de nos Universités de médecine et cela nous crée à tous de graves préjudices ! Tout cela fait consensus. Sans doute les entretiens Hospimedia qui vont suivre feront tous assauts de protestations consistant à dire qu'il faut "*impliquer les médecins*" et beaucoup diront, à l'instar de Christian le Dorze, "*la différence est que nous impliquons un peu plus les médecins*"... Alors pourquoi faut-il aller plus loin ?

- La réponse est dans la justification de l'initiative qu'a prise cette semaine la **FHP**¹¹. Elle souhaite créer un débat sur le sujet au travers de sa Commission des relations avec les médecins et peut-être ensuite au sein du CLAHF¹². Quel est le constat de départ pour la FHP ? "*Différents dispositifs de régulation ont été instaurés par les pouvoirs publics, qui s'appliquent à nos seuls établissements, alors qu'ils sont en réalité dépendants de la pratique des médecins libéraux exerçant au sein de nos structures.*"¹³⁻¹⁴ Le constat n'est pas nouveau, mais il faut se réjouir du fait qu'il est pris en charge par la FHP. Celle-ci a donc fait une note qui servira de support au débat en rappelant les trois grandes logiques de cohérences qu'il y a dans les relations Tutelles - établissements - médecins libéraux et leurs implications.

Rappelons en effet quelques fondamentaux, comme cela avait été fait, entre autres, lors de nos Rencontres de 2001, mais aussi de 2006, 2007 et 2010. Outre le fait de créer sa propre société, pour un individu, un professionnel, il y a **trois moyens de produire** des biens et services avec un collectif, une société de production :

- 1°) Être salarié d'une société de production de biens ou de services,
- 2°) Être sous-traitant d'une société de production de biens ou de services,
- 3°) Être sociétaire de la société professionnelle de production de biens ou de services.

Un droit spécifique correspond à chacune de ces trois possibilités : droit du travail ou droit des sociétés, Dans les trois cas il y a contrat entre le professionnel et la société. Comme dirait Donald Berwick, il y a le choix partout et ça marche partout. Il n'y a pas de raison que ça ne marche pas aussi en médecine...

- Le salariat a beaucoup d'avenir nous dit-on. Soit, mais nous ne sommes plus dans le cadre de la médecine libérale.
- Le terme de "sous traitant" fait peur. Il ne s'agit ici que du nom d'un corps de droit. Il s'agit du droit qui régit le contrat liant deux "personnes" morales ou physiques, également libres, fixant les conditions d'une production (prix - qualité - délais) et les conditions de résiliation. Le contrat type du Conseil de l'Ordre ressort bien de ce registre, même si tout le monde s'accorde depuis des années, y com-

pris le Conseil de l'Ordre, pour dire qu'il est obsolète et qu'il faut revoir sa forme. On pourrait aussi comparer ces contrats aux contrats de production des agriculteurs ou des éleveurs. La CME¹⁵ est alors le club des sous-traitants ou des producteurs sous contrat (alors que certains, dont la DGOS¹⁶, veulent souvent en faire un Comité d'entreprise ce qui ressort d'une autre logique...). Les praticiens sont libérés de la charge en capital de la société clinique et des responsabilités de sa gestion, mais ils ne peuvent l'orienter qu'en cas de rapport de force favorable.

La proposition de certains médecins de créer "*l'entreprise médicale*"¹⁷ va dans le même sens. Cela existe aux USA et cela marche. Il s'agit d'une sorte de "bourse du travail" organisée par les professionnels et à laquelle s'adressent les établissements pour trouver des médecins. Le contrat est passé entre deux personnes morales, l'entreprise médicale "garantissant" la prestation.

Sous l'une ou l'autre forme, c'est l'approche vers laquelle iront les cliniques à propriété non médicale et les médecins qui y travaillent.

- Le terme de "sociétaire", lié au droit coopératif, fait peur. Il ne s'agit ici que du nom d'un corps de droit. Il s'agit du droit qui régit le contrat qui lie un professionnel à la société qui est constituée en prolongation de son activité. La société ne vit que par l'activité du professionnel. Elle est, par nature, sa propriété, tant qu'il y travaille. La démocratie des hommes s'impose au sein de la société. La CME c'est l'Assemblée générale de la société, de la clinique. La participation en capital est obligatoire, mais la loi garantit sa récupération en cas de cessation d'activité. C'est le modèle le plus proche de la culture médicale dominante. La clinique, la société, personne morale, est inscrite au Tableau du conseil de l'Ordre car elle est "médecin", ce qui ouvre aux professionnels un champ d'innovations important. De façon cohérente avec cette dimension "métier", c'est le seul modèle limitant la détention du capital aux professionnels qui est admis par l'Europe. Curieusement, l'Etat, qui l'a soutenu dans tous les autres secteurs d'activité et en particulier lorsque la dimension "métier" est importante, le combat ou le néglige en médecine.

Chaque modèle fonctionne pourvu qu'on respecte ses règles, sa logique interne. La confusion des genres est délétère. Il faut choisir et respecter les cohérences car, en matière de gestion, vouloir mélanger les logiques ne permet pas de cumuler les avantages de chaque modèle mais, au contraire, garantit de cumuler leurs coûts spécifiques, leurs limites et leurs inconvénients.

On le voit bien aussi, les rapports avec les Tutelles dans une économie administrée comme la nôtre sont différents à chaque fois. Ils ne peuvent être mutuellement productifs que s'ils sont cohérents avec la logique mise en œuvre par le modèle auquel on s'adresse (médecine salariée, médecine sous-traitante, médecine entrepreneuriale). L'Etat lui-même, comme le système de soins, a

intérêt à la concurrence entre les modèles.

Le débat qui s'ouvre à la FHP est donc déterminant car clarificateur. Il faut espérer deux choses :

- Que la FHP ait la force de le mener à son terme et qu'elle sache persuader les Tutelles d'être plus efficaces en respectant les logiques de chaque modèle.
- Que la FHP puisse assumer le fait qu'il ne lui revient pas de choisir. La force d'un syndicat patronal est de fédérer plusieurs formes d'organisations. Ce n'est pas à lui de se substituer à ses mandants pour faire les choix organisationnels qu'ils doivent assumer pour être cohérents avec leur projet d'entreprise. Par contre c'est bien de la défense professionnelle que de se battre pour que les cohérences de chaque approche entrepreneuriale soient respec-

tées. La "lisibilité sur l'avenir de l'outil de travail" et sur ses règles de fonctionnement est à ce prix. "L'implication" des médecins en dépend.

Il faut donc souhaiter bonne chance à la tentative de la FHP et espérer qu'elle saura réunir les forces nécessaires pour déboucher.

L'UNHPC, dans la continuité de ses travaux et de ses initiatives est prête à y participer. Suspecte pour les uns d'être trop proche des médecins, pour les autres d'être trop proche des établissements, viscéralement attachée à la pluralité des modèles, modestement mais avec détermination, elle offre à qui le souhaite sa tradition, son expertise technique et sa capacité à fédérer sur ce chantier important.

¹ Américain, Administrateur des Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), ancien Président de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI). Cf. : http://en.wikipedia.org/wiki/Donald_Berwick

² « *Achieving the ambitious goals of the new Partnership for Patients program is not a matter of telling physicians, nurses, and other clinicians to be more careful, said Donald Berwick, MD, administrator of the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Instead, the key to success is fine-tuning the system they work in.*

"The workforce is not the problem," said Dr. Berwick at a news conference today. "Doctors and nurses...want to offer safe care. They learned 'do no harm' in their training. In spite of that, patients get injured because of defects in the care system.

Blame and accusations are not the answers. Teamwork and improvement are the answers. Commercial air travel didn't get safer by exhorting pilots to please not crash. It got safer by designing planes and air travel systems that support pilots and others to succeed in a very, very complex environment. We can do that in healthcare, too. »

Donald Berwick cité par Robert Lowes à propos de l'annonce du programme "Partnership for Patients" - *New Patient Safety Initiative Stresses Teamwork, Not Blame* - Medscape Medical News - April 12, 2011 - <http://www.medscape.com/viewarticle/740703>

Cf. mail UNHPC n° 11/248 du 24 avril 2011 : USA - Qualité

³ Journées d'études post-universitaires d'anesthésie et de réanimation. Cf par exemple : "*Quel avenir pour l'hospitalisation privée* - JEPU 1991 ; *Les contraintes du praticien dans sa clinique* - JEPU 1992 ; *L'ère de la restructuration* - JEPU 1993 ; *Les changements de demain* - JEPU 1994. Tous publiés chez Arnette. On ne peut qu'être frappé par l'actualité de ces travaux... et le peu du progrès réalisés depuis.

⁴ Cf. par exemple le document remis le 15 septembre 1995 à Madame Elisabeth Hubert, Ministre de la santé, par le Syndicat unifié des chirurgiens français et intitulé "*Pourquoi la création de sociétés coopératives hospitalières est-elle utile et nécessaire ?*". Ce syndicat en faisait sa "première revendication".

⁵ Michel Ballereau - Conseiller général des établissements de santé - Rapport sur un projet de réforme de la biologie médicale - Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, le 23 septembre 2008 - Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

Cf. l'ordonnance qui en découle et, parmi d'autres, l'article L6223-1 du code de la santé publique, créé par Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 - art. 1 : *Un laboratoire de biologie médicale privé est exploité en nom propre, ou sous la forme...*

⁶ Cf. les sociétés coopératives hospitalières de médecins créées par loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - art. 88 JORF 5 mars 2002 (articles L. 6163-1 à 9 du code de la santé publique). Les articles de la même loi fondant les "réseaux coopératifs" ont, eux, été abrogés par ordonnance, à l'initiative de la DHOS, quelques mois après avoir été votés à l'unanimité des deux chambres...

⁷ Groupement de coopération sanitaire

⁸ Rapport Larcher - Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher Avril 2008

⁹ Rapport sur la médecine de proximité remis par Mme Elisabeth Hubert au président Nicolas Sarkozy le 26 novembre 2010

¹⁰ Christian Le Dorze, PDG de Vitalia - "*Un établissement ne peut s'organiser sans l'implication de ses médecins*" - Propos recueillis par Nicolas Crestel - HOSPIMEDIA Interview 21.04.11

¹¹ Fédération de l'hospitalisation privée

¹² Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée

¹³ La note de la FHP (note support de la réunion prévue le 11 mai 2011) cite à titre d'exemples, les CBUM (contrats de bon usage du médicament), les transports, le marquage des prescriptions hospitalières exécutées en ville avec codes à barres, les OQOS (objectifs quantifiés de l'offre de soins)...

¹⁴ On pourrait rajouter que depuis la jurisprudence "Sargos" - M. Pierre Sargos était à l'époque conseiller doyen de la première chambre civile de la Cour de cassation - les cliniques et les praticiens sont de plus en plus souvent condamnés *in solidum*, même lorsque l'événement qui a suscité la plainte est d'origine médicale. En droit le directeur ne peut intervenir en matière médicale (hormis pour récuser l'admission d'un patient). En termes de responsabilités les choses sont incompréhensibles pour le juge qui condamne en conséquence *in solidum* le directeur et le ou les médecins en charge du malade...

¹⁵ Conférence médicale d'établissement (établissements privés)

¹⁶ Direction générale de l'offre de soins

¹⁷ Cf. en particulier les propositions CSMF - SYMHOP (Confédération des Syndicats Médicaux Français - Syndicat des Médecins de l'Hospitalisation Privée) et des URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon

"La seule raison pour laquelle le pouvoir peut être légitimement exercé sur un membre d'une communauté civilisée, contre sa volonté, est de prévenir un préjudice à autrui."

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/17

Date de parution : lundi 2 mai 2011

Sujet : **Le nouveau dispositif d'autorisation**

Mots types : DGOS - INCa - Visite de conformité - Tutelle - Evaluation - Certification - Délais - Injonction - Recommandation

Année 2011 - p. 61/210

Il est des jours comme ça où on regrette de ne pas s'être trompé. Il est des jours comme ça où on regrette que le miracle tant attendu ne se soit pas produit. Il est des périodes où l'on constate que ceux qui dépendent d'une Tutelle en sont réduits à rappeler leur Tutelle à ses devoirs. En général ce n'est pas bon signe.

De quoi parlons-nous ? Une fois de plus du **nouveau dispositif d'autorisation**...

Après plusieurs mois d'attente et de reports successifs, l'INCa¹ et la DGOS² ont bien voulu refaire une réunion d'échanges d'information avec les Fédérations d'établissements sur l'avancée du dispositif. Cette réunion nous a hélas confirmé nos craintes.

Que craignons-nous, depuis longtemps ?

On se souvient des mises en garde de l'UNHPC sur le risque de confondre critères d'autorisation et critères d'évaluation lorsque la DHOS³ puis l'INCa voulaient introduire des critères qualitatifs.

On se souvient de la demande incessante de l'UNHPC depuis l'ouverture de ce chantier, à la suite de l'ordonnance dite de simplification du 4 septembre 2003⁴, que chaque critère soit assorti de son instrument de vérification. Lors d'une visite de conformité, il faut juger sur preuves. Depuis deux ans toutes les Fédérations ont la même demande. Rien n'y fait.

Lors des visites de conformité, il y a les critères objectifs : ceux-là, il est facile de constater s'ils sont respectés ou s'ils ne le sont pas. Lorsqu'on exige un diplôme, il faut aller vérifier le diplôme. Cela paraît simple, mais tout cela était nouveau pour certains fonctionnaires d'Etat et pour certains hospitaliers qui découvraient l'existence d'une procédure d'autorisation. On se souvient de l'ASN⁵ qui hésitait à aller vérifier les effectifs déclarés. Le Président de l'INCa trouvait cela à la limite de l'incongru. Les anciens médecins conseils ayant disparu, il n'y avait pas grand monde pour rappeler les procédures qui existaient en matière de visites de conformité. Pourtant, il y a beaucoup de critères dont la vérification se fait sur pièce, de critères pour lesquels la preuve existe ou n'existe pas. On est dans le oui/non. Si on se donne la peine de vérifier, la réponse est claire et non contestable.

Il en est tout autrement pour les critères dits de "qualité"

qui ont été introduits dans le nouveau dispositif (annonce, soins de support, PPS⁶...). Il était évident que, dans leur cas, cela ne serait pas simple du tout de vérifier, de trouver des preuves non contestables de leur respect. Il était donc indispensable qu'au moment même où un critère était retenu, défini, on se dise immédiatement et de façon claire comment on allait le vérifier. Un critère qu'on ne peut vérifier de façon objective, non contestable, ne devrait pas être retenu. Au minimum il devait être reformulé afin de devenir vérifiable. Un critère sans la désignation de ses éléments de preuve, c'est comme un indicateur dont on ne donnerait pas les composantes ou les éléments de calcul ! Hélas nous n'avons pas été entendus. Ou plutôt, au cours des années, la réponse a varié : au début, il faut s'en souvenir, il n'était même pas question de visite de conformité. Puis, lorsque celle-ci a été enfin admise, la réponse n'a plus varié : "bien sûr, mais chaque chose en son temps !" "On fera ça plus tard"... On ne l'a jamais fait.

Le choix avait donc été fait de mettre en place des critères qualitatifs parmi les critères d'autorisation, sans outil commun d'appréciation de la "qualité". En l'absence d'une telle "grille" de référence, chaque inspecteur ou chaque équipe d'inspection ne peut juger que de façon subjective. Les exigences sur le territoire français risquaient d'être différentes, le dispositif d'autorisation non homogène, les décisions contestées...

Puis vint l'épisode de la "check-list"⁷. Lorsque l'INCa a proposé son outil d'autoévaluation, les Fédérations ne l'ont accepté qu'à la condition qu'il ne serve pas de grille pour les inspections car il ne disait en rien comment juger du respect des critères qualitatifs. Les Fédérations obtinrent un engagement écrit que jamais cette grille ne servirait pour du "benchmarking", encore moins pour d'éventuelles inspections. En l'absence d'une telle grille support d'inspection, le risque était grand de prendre l'une pour l'autre. Lors d'une autoévaluation, il n'est pas choquant que chaque établissement fixe la barre comme il l'entend. Lors d'une visite de conformité, cela serait très choquant. L'Etat ne tint pas les engagements de l'INCa puisque les ARS⁸ se sont empressées de demander les résultats et de les diffuser.

Les résultats de cette enquête ont-ils contredit notre ap-



proche méthodologique ? Non, au contraire. Ces résultats confirmaient la nécessité d'un outil d'évaluation du respect des critères. Les cliniques par exemple étaient inutilement sévères sur leur PPS (qui peut croire que la majorité des patients sortent d'une clinique sans avoir une idée de ce qui les attend, leur liste de rendez-vous et sans connaître le nom du ou des médecins qui les prennent en charge ?). Par contre les cliniques étaient sans doute trop optimistes lorsqu'elles répondaient très majoritairement qu'elles incluaient en routine des patients dans les essais cliniques...

Nous étions à l'été et à la rentrée 2010. La DGOS avait définitivement repris la main. On nous sortit alors cet argument stupéfiant selon lequel *"le dispositif était complet" et qu'on "ne pouvait plus créer du droit" !*

Face à l'objection selon laquelle les critères transversaux de qualité peuvent faire l'objet d'interprétations différentes selon les inspecteurs et selon les Régions, nous citons ci-dessous la réponse officielle faite récemment par un représentant de la DGOS. Le droit et les usages ne nous permettent pas d'en donner la source mais nous certifions son authenticité et son caractère "officiel". *"Les décrets et les critères d'agrément sont des textes nationaux qui s'appliquent à tout le monde et qui, comme tous les textes de ce niveau-là, ne souffrent pas d'interprétations multiples. Les agences ont la capacité au niveau de leur région de prendre en compte les situations locales pour pouvoir avoir des visites des établissements qui soient à la fois tout à fait en conformité avec les textes de ce niveau-là et en même temps en tenant compte de la situation locale. C'est justement cela l'intérêt des agences régionales d'hospitalisation et de leur possibilité d'avoir cette rigueur basée sur ces critères et sur ces textes de décret et en même temps cette ouverture et cette intelligence de tenir compte des situations locales. C'est justement pour cela qu'il n'est pas question de fixer des normes supplémentaires qui n'auraient aucun sens, qui rigidifieraient un système qui est déjà bien bordé, publié et bien connu de tous et qui permet d'avoir ces autorisations dans des situations tout à fait réalistes."* Autrement dit le fait du Prince. La situation est donc bloquée.

Alors, lorsqu'on fait le point aujourd'hui sur la procédure en cours, on trouve de tout.

Il y a des régions qui s'en tiennent fort heureusement au texte.

Il y a des régions qui complètent à l'envie le dispositif officiel d'autorisation de l'activité de soins "traitement du cancer".

Il y a des régions qui profitent de la visite de conformité pour faire un tour complet et qui demandent, par exemple, tout ce qui est du domaine de la commission de sécurité.

Il y a des régions qui ont élaboré un document support pour leurs inspecteurs. En face de chaque critère on ne trouve pas "oui" ou "non", "respecté" ou "non respecté", mais simplement "commentaires"...

Il y a des régions où on hiérarchise le droit comme on l'entend en disant par exemple que les critères INCa ce n'est pas important, en particulier les seuils.

Il y a des régions où on donne une note en pourcentage.

Il y a des régions où le directeur lui-même commente en

affirmant que s'il appliquait les critères, personne ne serait autorisé, pour préciser ensuite qu'il a des consignes et que tout le monde sera autorisé.

On trouve aussi des inspecteurs qui font une visite d'amis, d'autres se prennent pour des redresseurs de torts, d'autres pour des maîtres d'école, d'autres pour des visiteurs experts de la HAS⁹.

Sans "faire du droit nouveau", la DGOS et l'INCa donnent pourtant des indications d'interprétation : ainsi le "plein-temps" de l'oncologue en chimiothérapie peut se réduire à 80 % et doit être compris comme activité sur un seul établissement (hors quelques vacances possibles dans un établissement public...). Mais ces interprétations ne sont-elles pas justement constitutives de la grille que nous demandions ? Il paraît que non...

Lors de cette réunion des Fédérations avec la DGOS et l'INCa, on apprend, stupéfaits, que la radiothérapie péroratoire du cancer du sein n'est pas une activité soumise à autorisation "car ce n'est, à proprement parler ni de la chirurgie, ni de la radiothérapie !"

On savait aussi que nous avions créé en cancérologie une nouvelle forme d'autorisation puisqu'on avait le droit d'exercer 18 mois sans respecter les critères. Cela est sans doute unique au monde. Imagine-t-on un permis de conduire donné pour 18 mois à quelqu'un qui montre qu'il ne sait pas conduire mais à qui on dit : on reverra ça dans 18 mois, en attendant vous pouvez conduire. On a aussi eu les 6 mois supplémentaires pour la visite de conformité. Certaines régions ont commencé à faire de telles visites. Les établissements s'inquiétant du résultat se sont vus répondre que, finalement, ce n'était pas une visite de conformité, mais une "prévisite" et que la "vraie" visite aurait lieu après l'été. Pour compléter cet ensemble, les Fédérations ont eu droit à un scoop : s'il y a carence les ARS peuvent faire des recommandations et assortir ces recommandations d'une injonction à se mettre aux normes dans un nouveau délai de 6 mois. Nous avons bien sûr demandé ce qui arriverait au bout de ces 6 mois s'il y avait toujours carence. Nous n'avons pas obtenu de réponse...

Il nous a aussi été précisé que la décision de l'ARS peut être différente de celle des conclusions du rapport d'inspection des inspecteurs.

La liste pourrait s'allonger. Citons encore une dernière nouveauté. Il y a quelques mois, certains inspecteurs des ARS avaient exprimé eux aussi nos inquiétudes : leurs décisions ne seraient-elles pas contestées dès lors que les critères sur lesquels elles s'appuyaient n'étaient pas objectifs, dès lors qu'ils savaient qu'ils n'étaient pas appliqués de la même façon partout ? Nous apprenons lors de cette réunion que finalement les questions d'interprétation sont moins présentes lors des réunions DGOS - INCa - ARS et qu'il y a maintenant une question qui domine. Quelle est-elle ? : *"si j'autorise un établissement et que quelques années après il y a un accident, quelle est ma responsabilité ?"* Stupéfiant. A-t-on jamais entendu un inspecteur du permis de conduire exprimer sa peur de faire son travail sous prétexte qu'il puisse ensuite y avoir un accident, un correcteur du bac se poser la question de sa responsabilité au cas où l'étudiant commettra des fautes dans sa vie future ? La peur de l'inspecteur ne provient-elle pas du manque d'objectivité de la procédure ?

Ce manque d'objectivité le rend en effet vulnérable. Faut-il positiver en se disant que c'est le début d'une prise de conscience : celle que, dans certains cas, il faut assumer le refus d'autoriser car les critères ne sont pas respectés ? La loi, toute la loi, rien que la loi est-on tenté de leur répondre... Nous l'avons rappelé.

Les Fédérations, unanimes, ont exprimé leurs critiques sur la mise en place de ce nouveau dispositif. Elles ont plaidé pour les Etablissements. La vérification de critères précis n'est pas assimilable à l'évaluation des pratiques. Décentralisation ou déconcentration ne veut pas dire qu'on puisse déroger à l'égalité des droits et des devoirs sur tout le territoire. Visite de conformité centrée sur une activité de soins précise ne veut pas dire définition du champ au bon vouloir de l'inspecteur. Tout n'est pas dans tout. Une visite de conformité n'est pas une visite de certification, même si la certification à la française s'assimile de plus en plus à une inspection. Disparités selon les territoires sûrement. Disparités selon les statuts ou la taille, très probablement. Chez les principaux responsables, confusion générale des champs et des rôles entre inspections, évaluation, certification.

Ne faut-il être que pessimistes ? Non bien sûr. Les spécialistes d'organe ne peuvent plus prendre en charge les cancers sur des organes qui ne sont pas de leur champ de compétence et leurs représentants soutiennent cette interdiction. Les RCP¹⁰ ne sont plus contestées par personne, le débat n'est plus que sur leurs modalités. Les

seuils sont admis et certains services à activité occasionnelle ne prennent plus les malades du cancer qu'ils opéreraient encore il y a peu. Plus personne ne conteste que tous les établissements sont soumis au droit des autorisations, même les CHU¹¹. Bien sûr qu'il y a des progrès.

Il n'empêche. Ce qui se passe en cancérologie, ce désordre, ces confusions, ce manque de rigueur méthodologique risquent de se reproduire pour les autres activités de soins soumises à autorisation. Il y en a 18. Huit ans après l'ordonnance, le chantier n'en est encore qu'à ses débuts !

Hélas, il faut bien le dire : la confusion qui règne exprime une forme de déliquescence de l'Etat. Cela est grave et inquiétant car le dispositif d'autorisation préalable est un des précieux fondements de notre système.

Il y a quelques années, dans un article consacré à l'action en matière de santé publique, article intitulé "A quoi servent les gouvernements ?", Martin McKee et Ruth Colagiuri citaient John Stuart Mill : "la seule raison pour laquelle le pouvoir peut être légitimement exercé sur un membre d'une communauté civilisée, contre sa volonté, est de prévenir un préjudice à autrui"¹². Cette sagesse devrait encore nous inspirer. C'est bien à cette aune qu'il faut mesurer la cohérence de notre système d'autorisation.

¹ Institut national du cancer

² Direction générale de l'offre de soins

³ 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)

⁴ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation J.O n° 206 du 6 septembre 2003 page 15391

Texte mis en forme UNHPC : cf. mail UNHPC 03/118 du samedi 6 septembre 2003

⁵ Autorité de sûreté nucléaire (cf. AAI)

⁶ Programme personnalisé de soins

⁷ Cf. mails UNHPC 10/339 du 4 juin 2010, 10/349 du 4 août 2010, 10/535 du 9 décembre 2010

⁸ Agence régionale de santé

⁹ Haute autorité de santé

¹⁰ Réunion de concertation pluridisciplinaire

¹¹ Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire

¹² Martin McKee and Ruth Colagiuri - *The word today: What are governments for? Government actions to protect the public's health are not always consistent* - The Medical Journal of Australia - MJA • Volume 187 Number 11/12 • 3/17 December 2007, pp 664-665

« ...19th century British philosopher, John Stuart Mill. In his classic text, *On liberty*, he argues that "the only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilised community, against his will, is to prevent harm to others" » (Mill JS. *On liberty*. Harmondsworth, UK: Penguin, 1982)

**Le sujet central
devient celui de
l'accessibilité aux soins
et du reste à charge
pour les patients.**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/18

Date de parution : lundi 9 mai 2011

Sujet : **Indicateurs et information du public
et de la presse**

Mots types : Capital - Platines - Hospi-Diag - ATIH - SNATIH - ANAP - DGOS - Etablissements de santé - Accessibilité - Reste à charge

Année 2011 - p. 64/210

A son tour, le mensuel "Capital" sort un "classement" des cliniques. Il est intitulé : "Région par Région, le prix des meilleures cliniques". En fait ce classement fait partie d'un dossier annoncé en première de couverture sous le titre : "Santé : pourquoi votre facture s'envole ? (et comment la réduire ?)".

Il tombe dans les mêmes travers que nombre de ses pré-décesseurs d'autres revues : chacun des établissements cités est pourvu d'une "note de qualité" dont on ne nous dit qu'une chose : elle est "établie à partir du PMSI 2010 du Ministère de la santé"... on aimerait savoir comment ! De longs passages sont consacrés aux dépassements d'honoraires, mais on ne signale pas une seule fois la question de l'activité privée dans les hôpitaux publics...

On ne compte plus les publications de "classements". Elles constituent ce que les professionnels de presse appellent un "marronnier" : elles intéressent et elles font vendre. Mais, une fois de plus, la question se pose de l'origine, de la validité, de la signification des indicateurs retenus par la presse. Une fois de plus constatons que nous payons le fait que la presse ne trouve pas de source fiable et à peu près consensuelle à laquelle se référer. On se souvient du numéro récent de l'Express³ qui oubliait plus de la moitié de l'activité de radiothérapie car les rédacteurs ne savaient pas que l'administration empêchait les radiothérapeutes libéraux de déclarer leur activité via le PMSI...

Nous avons déjà eu l'occasion d'évoquer ici la très riche expérience de l'enseignement. Le Ministère de l'éducation comme les enseignants s'inquiétaient de la multiplication des publications fantaisistes et des classements non moins fantaisistes des établissements scolaires sur le seul critère du taux brut de réussite au bac. Ils se sont mis d'accord sur des critères et des indicateurs plus significatifs. Les données comparatives renvoyées par le Ministère aux établissements sont plus fournies que celles données à la presse et au grand public. Cela permet une communication ciblée et motivée de la part de l'établissement, avec une vraie valeur ajoutée. Mais surtout, ce qui est intéressant pour nous, c'est que, depuis plusieurs années que ce système est en place, plus un seul classement ne paraît dans la presse qui n'en soit directement issu.

Faut-il souligner que dans ces études annuelles permettant de "rendre compte des résultats du service public national d'éducation", tous les établissements, "publics" et "privés sous contrat" sont logés à la même enseigne ? Un autre monde certes, très en avance sur nous sur ce sujet, mais qui devrait d'autant plus nous inspirer⁴.

Chez nous les choses ont néanmoins considérablement évolué depuis 10-15 ans. On parlait de rien, au sens strict. La mode est maintenant aux indicateurs et de fait ils se multiplient. On frise parfois le trop-plein et le désordre. Pourtant nous avons tendance, ou plutôt nos administrations ont tendance, à confondre deux types d'indicateurs : les indicateurs de santé publique et d'efficacité du système d'une part, les indicateurs de gestion interne des établissements d'autre part. La raison est toujours la même, l'Etat est à la fois régulateur et gestionnaire. Il n'empêche, contrairement à ce qui se passait il y a quelques années, il y a maintenant de la matière.

Le privé n'a pas été absent de cette création. A la fin des années 90, à l'initiative de l'UHP⁵, c'est même lui qui, le premier, a tenté la construction d'une base de données sur les établissements, leurs activités et leurs résultats. Puis la fusion de nos Fédérations⁶ a fait que ce chantier n'a plus été suivi. L'expert qui avait accompagné l'UHP, Yvon Rojouan, a ensuite, avec l'accord de cette dernière, transféré le savoir-faire acquis auprès de la CNAM⁷ qui prenait le relais. Hélas celle-ci n'a pas su entretenir et diffuser la base qu'elle avait ainsi constituée. Hélas car la CNAM avait la possibilité d'aller plus loin que quiconque en articulant ses bases "établissements" et ses bases "activité médicale". Cette expérience a pourtant servi à l'ANAP⁸ qui a tout de suite compris le rôle qu'elle pouvait avoir en constituant une base de données relative aux établissements, à leurs activités et en la mettant à la disposition de tous.

Alors, à ce jour, qu'avons-nous de disponible et de structuré ? En fait il y a maintenant deux sites d'information de référence, très complets, sur les établissements de santé.

- Il y a le site **Platines**, acronyme de "Plateforme d'informations sur les établissements de santé"⁹. Selon sa page de présentation, Platines sert à "fournir des informations sur les principales caractéristiques



(équipement, activité, particularités...) des établissements de santé de court-séjour (activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique) et à diffuser les résultats des indicateurs de qualité des soins généralisés et de lutte contre les infections nosocomiales et les résultats de la procédure de certification".

- Il y a le site d'**Hospi-Diag** qui se dit "outil de pilotage de la performance hospitalière" et qui est accessible sur le site de l'ATIH¹⁰ via SNATIH¹¹. "Hospi-Diag est un outil d'aide à la décision qui explore, à travers l'étude de 68 indicateurs, la qualité des soins dispensés dans un établissement MCO, les pratiques professionnelles de ses opérateurs, la qualité de son organisation, la productivité de ses équipes et sa capacité financière à assumer sa pérennité.

Cet outil permet d'établir un premier diagnostic de la performance hospitalière. Support d'un dialogue de gestion, il permet d'amorcer la discussion sur les principales forces et faiblesses de l'établissement. Il identifie donc les gisements de performance de l'établissement en le comparant à d'autres établissements. Fruit d'un travail de 40 experts pilotés par l'Anap et porté par cinq institutions nationales (Dgos, Anap, Has, Igas et Atih) en 2010, Hospi Diag constitue un socle commun d'indicateurs partagés et validés par tous".

Pour l'instant Hospi-Diag n'est accessible que par les administrations habilitées et que par les établissements qui n'ont accès qu'à leur fiche. Le but poursuivi par l'ANAP qui a été maître d'œuvre de ce projet, c'est d'ouvrir l'accès à ce site à tout le monde.

Avec ces deux sites, nous sommes au cœur de notre sujet.

D'après ce que nous savons les établissements vont très peu consulter Hospi-Diag. Sans doute ont-ils tort, ne serait-ce que pour vérifier les informations les concernant. Les erreurs sont inévitables dans des bases de données de cette taille. Il vaut mieux les faire corriger avant que le site ne soit ouvert au grand public.

Surtout, il y a un débat entre l'ANAP et la DGOS¹² sur l'ouverture de ce site à tous les établissements et au public. C'est la raison pour laquelle cette ouverture est retardée de mois en mois. La DGOS a ressorti une vieille théorie-alibi. On ne pourrait pas diffuser ces informations car il s'agirait d'un secret commercial ! Il y a des décennies que chaque mois on peut connaître le nombre de voitures ou le nombre de sacs de blé vendus, avec toutes leurs origines et leurs caractéristiques, mais les données des établissements de santé seraient confidentielles sous prétexte de secret commercial ? Il fallait y penser. Sommes-nous soumis à la dure loi de la concurrence de marché ? Mais, même si c'était le cas, celle-ci est très exigeante en matière de transparence, l'argument ne tiendrait donc pas. Oublié le devoir d'information auquel sont soumis les autres secteurs d'activité ! Oublié le fait qu'il s'agit d'une activité financée sur fonds publics ! Oublié le fait que la médecine n'est pas un commerce ! Bref, la culture d'opacité de la DGOS fait de plus en plus ringarde. De plus, toutes les données présentées sur Hospi-Diag sont déjà publiques sauf les données financières concernant les hôpitaux publics. Serait-ce celles-là qui sont couvertes par le secret commercial ? La décision finale de la CADA¹³ sera intéressante. On ne voit pas

pourquoi elle ne serait pas positive. Affaire à suivre donc...

La publication du dossier de Capital et ce rappel historique et d'actualité nous amènent à deux conclusions.

- Le secteur de la santé n'a pas été capable de s'atteler officiellement et de façon collective à la question de l'information qu'il fallait donner, entre autres pour que la presse puisse faire son travail correctement, comme a su le faire l'éducation nationale par exemple. Pourtant les choses ont évolué et nous sommes sur le point d'avoir deux bases de données officielles et de bonne qualité concernant les établissements. Les patients seront à l'avenir mieux informés et la presse aura à sa disposition des sources suffisamment abondantes pour pouvoir sortir les articles et les dossiers consacrés à notre secteur d'activité et qui la font vivre. Il est urgent de s'approprier ces outils et de participer à leur évolution. Mais même si tout n'est pas parfait, on avance... et il était temps.

- Il était d'autant plus temps que le sujet qui intéresse de plus en plus la presse et ses lecteurs évolue lui aussi. La parution du dossier de Capital illustre cette évolution et ce qui nous attend. Disons-le, il est globalement bien fait. Le sujet central devient celui de l'accessibilité aux soins et du reste à charge pour les patients. N'en doutons pas, cela intéressera beaucoup et de plus en plus. Faut-il s'en persuader ? Citons seulement quelques éléments qui font titre dans le dossier de Capital : "+ 95 % : l'explosion du nombre de malades ayant renoncé à des soins l'an dernier ; + 32 % : le relèvement du seuil de la franchise hospitalière en 2011 ; + 100 % sur les dépassements d'honoraires en 20 ans ; + 20 % : l'accroissement du "reste à charge" pour les ménages depuis 2004 ; + 63 % l'hospitalisation à l'AP-HP depuis 2003 ; + 40 % l'augmentation des mutuelles depuis 10 ans. ; se soigner peut coûter du simple au double suivant les régions ; les meilleures cliniques ne sont pas forcément les plus chères ; les mutuelles s'organisent pour faire baisser la note". Et, dans le corps du texte, des phrases du genre : "Selon le dernier baromètre Cercle santé - Europ Assistance, la proportion des « mal soignés » est désormais quasi identique à celle des Etats-Unis".

Alors, de nouveau, la question se pose. Qui donne cette information ? L'Etat ? Non. Les Agences ? Non. La Sécurité Sociale ? Non. En fait ce sont les Mutuelles ou des organismes qui leur sont liées et qui font commerce de ce type d'information¹⁴. L'Etat, les gouvernements successifs ont choisi de combattre le déficit de l'Assurance-maladie par des techniques qui augmentent le "reste à charge" sans débat public, sans arbitrage officiel, au risque de mettre à mal les principes fondateurs de notre système social et de développer les inégalités alors même que la sortie de crise exige que nous les réduisions. Les professionnels de santé et leurs représentants, les établissements de santé et leurs représentants auront-ils une fois de plus un train de retard ? Pourquoi ne prennent-ils pas l'initiative de créer les sources d'information nécessaires ? Pourquoi ne prennent-ils pas le risque d'informer de façon fiable ? S'ils le faisaient, ne se protégeraient-ils pas eux-mêmes au lieu de se faire accuser des turpitudes générées par le système qu'on leur impose ? Ne suscite-

raient-ils pas le débat national et les propositions qui nous sont nécessaires pour trouver des modes de financement de la solidarité nationale moins injustes, plus rationnels et plus efficaces¹⁵ ? N'en doutons pas, nous sommes là face à un nouveau défi. Notre futur

dépend en grande partie des réponses que nous saurons ou que nous ne saurons pas y apporter.

¹ Capital n° 236 - Mai 2011 - pp 68 à 91

² Programme de médicalisation des systèmes d'information

³ L'Express du 22 septembre 2010 : "Palmarès des meilleurs hôpitaux et cliniques en matière de lutte contre le cancer".

Cf. mail UNHPC n° UNHPC 10/419 bis : L'Express - Palmarès cancer du 24 septembre 2010 et UNHPC 10/455 : Radiothérapie du 17 octobre 2010

⁴ La lecture de la page de présentation du Ministère est très significative : "L'évaluation du système éducatif - Indicateurs de résultats des lycées" :

"L'objectif des indicateurs de résultats des lycées est double :

- rendre compte des résultats du service public national d'éducation,

- fournir aux responsables et aux enseignants des lycées des éléments de réflexion pour les aider à améliorer l'efficacité de leurs actions.

[...]

Ces indicateurs donnent des points de vue complémentaires sur les résultats des lycées. Ils proposent une appréciation relative de la valeur ajoutée de ces établissements, en tenant compte de leur offre de formation et des caractéristiques de leurs élèves en termes d'âge, d'origine sociale et de sexe".

Cf. : <http://www.education.gouv.fr/cid3014/indicateurs-de-resultats-des-lycees.html>

⁵ Union hospitalière privée

⁶ Fusion de la FIEHP (Fédération française des établissements d'hospitalisation privée) et de l'UHP (Union hospitalière privée) le 24 juillet 2001 pour former la FHP - Fédération de l'hospitalisation privée

⁷ Caisse nationale d'assurance maladie

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

⁹ <http://www.platines.sante.gouv.fr/>

¹⁰ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation - <http://www.atih.sante.fr/>

¹¹ Système national d'information sur l'hospitalisation

¹² Direction générale de l'offre de soins

¹³ Commission d'accès aux documents administratifs

¹⁴ Citons en particulier Santéclair qui "accompagne les compagnies d'assurance, mutuelles, instituts de prévoyance et courtiers dans leurs stratégies de gestion du risque santé".

<http://www.santeclair.fr/web/>

Santéclair publie entre autres un "Palmarès des meilleurs établissements du cancer"

<https://services.santeclair.fr/owih/accesPublic.do?idPart=SANTECLAIR-PUBLIC&idCharte=SANTECLAIR>

¹⁵ Assiette de cotisation, panier de soins, bouclier sanitaire, réajustement des rémunérations par intégration des dépassements... sans compter l'appel aux réserves de productivité du système...

Nécessités du temps et perspective des élections nous amènent vers de nouvelles réflexions sur notre avenir commun

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/19

Date de parution : lundi 16 mai 2011

Sujet : **Réflexions nouvelles sur notre avenir commun**

Mots types : FHF - FHP - FHP-MCO - Rapport sectoriel - Financement - Revenus libéraux - A. Coulomb - Partenariat public-privé - Réseaux mutualistes - IAAS - Assistanat - Appel Thorens-Glières - Résistance

Année 2011 - p. 67/210

Cette semaine bruissait de **réflexions nouvelles** sur notre avenir commun. Les nécessités du temps comme la perspective des élections se conjuguèrent pour pousser en ce sens.

La **FHF**¹ s'apprête à lancer une réflexion pour élaborer une nouvelle plate-forme qui remplacera celle de 2006. Ce travail se fera dans la perspective des prochaines élections. La FHF y donnera sa vision du système de santé public et du service public hospitalier. On ne peut que se réjouir de ce travail, même si l'on peut regretter que la FHF n'ose pas aller plus loin en dépassant son point de vue corporatiste. Il serait en effet intéressant et plus responsable de bâtir un projet pour le système de santé hospitalier dans son ensemble, surtout si la perspective est de s'adresser aux élus du peuple...

La **FHP**² a publié fin avril son deuxième rapport sectoriel (données 2009)³. Tous secteurs confondus (SSR⁴, psychiatrie, MCO⁵), 22,7 % des 682 établissements inclus dans l'analyse économique et financière du rapport sectoriel étaient en déficit en 2009. Le chiffre d'affaires a augmenté de 2,6 % et les charges ont progressé de façon parallèle. Le blocage des salaires est effectif depuis deux ans et la "recommandation patronale" d'augmenter les rémunérations de +0,5 % au 1er avril et +0,5 % au 1er septembre est faible. La FHP s'attend à une dégradation du résultat des cliniques en 2010.

La **FHP-MCO**⁶ a lancé lundi une campagne dans la presse et sur Internet intitulée "*Nous agissons pour la santé de tous*" afin de "*lutter contre les idées reçues sur le secteur hospitalier privé*". Surtout, les conclusions d'un groupe de travail piloté par Alain Coulomb sont sorties sous le titre "**Vers quelle évolution du financement des établissements de santé ?**".

Ce rapport se présente en trois parties. La première est un bon résumé du rapport sectoriel fait par la FHP depuis deux ans. Il est important en effet de resituer la réalité des choses sur la contribution du secteur privé au système de santé en général et au système hospitalier en particulier. La DGOS⁷ se comportant encore et encore comme le patron de l'hôpital public plus que comme la responsable du service rendu par le système hospitalier

dans son ensemble. Cette première partie s'intitule "*des idées reçues... aux réalités avérées*". Elle est suivie d'une analyse "*des tendances lourdes et internationales*". Sur cette double assise, le rapport conclut par une troisième et dernière partie proposant "*deux axes de développement*".

- Le premier ose la suggestion d'une organisation en filière. Intéressant et risqué : il faudra bien un jour sortir cette option de sa réduction à l'organisation d'un monopole protecteur du statu quo hospitalier pour affronter sa vraie logique : celle de l'organisation de HMO⁸ non pas à l'américaine, mais à la française, avec une forte dimension territoriale. Le veut-on vraiment ? Est-on prêt à en assumer les inconvénients pour pouvoir capter ses avantages en termes d'efficacité économique ? Est-on prêt à en assumer la discipline et la rigueur que cela suppose ? Il y a encore loin, très loin, du débat au passage aux actes. En tous les cas le débat vaut d'être ouvert, il est en lui-même pédagogique.
- Le deuxième axe de proposition est celui de l'incitation tarifaire à la qualité de la prise en charge, du paiement à la performance. La France est en retard sur l'expérience internationale en la matière et plus précisément sur les pays anglo-saxons, même si ceux-ci en sont le plus souvent au stade expérimental ou de première expérience⁹. Il n'empêche, ce débat-là suggère que le niveau de maîtrise et la capacité de dialogue sur les phénomènes économiques en santé sont en train de progresser. Qui ne peut s'en réjouir ?

La dernière étude annuelle de la CARMF¹⁰ nous apprend que, selon des données sur les bénéfices non commerciaux déclarés, **les revenus nets des médecins libéraux** ont diminué d'environ 1 % entre 2008 et 2009. Cela interroge autant que les résultats des cliniques ou le blocage des salaires.

"**Le partenariat public-privé de l'hôpital sud-francilien tourne au gouffre financier**" titre Le Monde de ce week-end¹¹ qui précise que "*l'établissement n'a pas les moyens de payer le loyer*"¹². Il y a longtemps que beaucoup regrettent que le mot de coopération soit détourné de sa signification par l'administration de la santé, soit en camouflant des opérations d'aspiration au profit de l'hôpi-



tal, soit en faisant passer des conventions formelles pour de la restructuration, soit en prenant le risque d'un surcoût majeur. C'est le cas ici. Le "PPP" - partenariat public/privé - souvent montré comme exemplaire en matière de constructions s'avère être à Corbeil la solution dispendieuse que beaucoup craignaient, même si les délais de construction ont été accélérés. Au final c'est la Caisse des Dépôts qui va être mise à contribution. Comment ne pas se dire une fois de plus que le manque de vision stratégique de la Caisse des Dépôts en matière de santé est la feuille de vigne de celle de l'administration en général et de la DGOS en particulier. On peut d'autant moins se réjouir de ce désastre que la folie spéculative qui s'empare parfois du privé débouchera sur les mêmes conséquences : l'appel au financement de la Caisse des Dépôts pour sortir d'impasses financières qui auraient pu être facilement évitées.

Dans le cadre des discussions sur la loi Fourcade, la commission parlementaire a adopté un article additionnel concernant les "**réseaux**" mutualistes et autorisant les mutuelles à mieux rembourser leurs adhérents qui se font soigner dans le cadre d'un réseau de soins. Le gouvernement soutient. Si cela passe, c'est une vraie révolution de système.

En même temps, cette semaine, Bruxelles attend plus de **rigueur** en France en 2012 et, malgré les bonnes nouvelles sur le taux de croissance légèrement supérieur aux prévisions, met en doute les prévisions de réduction de nos déficits¹³.

A Copenhague, le **Congrès de l'IAAS**¹⁴ a été le témoin des inquiétudes des hospitaliers face à la pression qui est exercée sur eux en matière de productivité. Au-delà du "P4P"¹⁵, l'exigence officielle de hausses de productivité hospitalière de 2 % dans les pays nordiques et de 5 % au Royaume Uni (même si la réforme dite de la "Big society" prévue par David Cameron marque le pas en matière de santé), les perspectives démographiques dramatiques de l'Allemagne, à très court terme, étaient au centre des préoccupations. Au-delà des bienfaits de la chirurgie ambulatoire en matière de qualité et de sécurité des soins, la question de la productivité est maintenant centrale, partout.

Loin des débats internes et électoralistes sur le RSA,

dans un article publié par Le Figaro, Madame Sophie Pedder, Chef du Bureau parisien de "The Economist", fait la **comparaison entre le Royaume Uni et la France**¹⁶ : "*La conception de l'Etat qui domine revient à entretenir une culture d'assistanat au lieu de responsabiliser les citoyens et d'en appeler au sacrifice dans l'intérêt de la nation. Il en découle une politique de victimisation qui fait de la France, pays riche d'atouts formidables, héritière d'une histoire porteuse d'un rayonnement universel, une nation convaincue de sa médiocrité et en proie à un doute démesuré*".

Réunis samedi 14 mai sur le plateau des Glières, haut lieu de la résistance, en Haute-Savoie, des vétérans de la lutte contre l'Occupation lancent un "*appel aux candidats à la présidentielle de 2012 afin de ranimer les idéaux de la Libération*". "*Comment retrouver l'esprit des réformes politiques de 1944 ?*" C'est l'« **Appel de Thorens-Glières** »¹⁷. Cet "Appel" reprend le triptyque de la devise républicaine. Au chapitre "Liberté" il demande de "*Lancer immédiatement le travail législatif et réglementaire qui permettra de reconstituer les services publics et institutions créés à la Libération pour aller vers une véritable démocratie économique et sociale. Possible en 1944, cette démarche l'est d'autant plus aujourd'hui, alors que le pays n'a cessé de s'enrichir depuis.*" Et de citer en premier lieu le "*droit à la santé pour tous*"...

Dans un intéressant point de vue publié par Le Monde¹⁸ pour faire suite à cet appel, l'historienne Sophie Wahnich croit "*que l'exercice d'articulation entre mémoire, Histoire et action politique est désormais plein de chausse-trappes*"... Et suggère : "*Il faudrait entendre Saint-Just : « Le monde est vide depuis les Romains ; et leur mémoire le remplit, et prophétise encore la liberté. » Pourquoi pas : « Le monde est vide depuis la Résistance et leur mémoire prophétise encore la liberté. » Mais l'esprit n'est pas la lettre, et la lettre se doit d'être actuelle, contemporaine, ajustée à la situation, c'est pourquoi Saint-Just ajoutait encore à propos de l'usage de l'Histoire : « Il ne faut rien négliger, mais il ne faut rien imiter. »*"

Au travail donc ! Cette semaine va dans le bon sens...

- 1 Fédération hospitalière de France
- 2 Fédération de l'hospitalisation privée
- 3 Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé - Rapport sectoriel - Edition 2011, 214 pages
Co-édition FHP et Groupe Montaigne, en partenariat avec la CAHPP - Disponible à la FHP - 490 € - <http://www.fhp.fr/>
- 4 Soins de suite et de réadaptation
- 5 Médecine - chirurgie - obstétrique
- 6 Syndicat des cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique de la Fédération de l'hospitalisation privée
- 7 Direction générale de l'offre de soins
- 8 Health maintenance organization
- 9 Nous avons diffusé de très nombreux documents d'origine américaine (cf. en particulier de nombreuses publications de l'Institute of medicine of the national academies (IOM) ou anglaise sur ces systèmes. Parmi eux : Stephen M. Campbell et all.- *Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England* - The new england journal of medicine - n engl j med 361 ; 4 - nejm.org - july 23, 2009 (Mail UNHPC du 12-10-2009)
Mais aussi un document français, le Rapport IGAS "*Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*" - Rapport établi par M. Pierre Louis Bras et M. le Dr Gilles Duhamel - juin 2008 (mail UNHPC 08/261 du 8 septembre 2008).
Citons enfin le rapport de l'European Observatory on Health Systems and Policies : *Performance Measurement for Health System Improvement - Experiences, Challenges and Prospects* - Cambridge University Press 2009, maintenant téléchargeable sur le site de l'observatoire. On se reportera en particulier à l'article de Douglas A. Conrad : *5.4 Incentives for health-care performance improvement*, pp 582-612 - <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences-challenges-and-prospects>
- 10 Caisse autonome de retraite des médecins français - <http://www.carmf.fr/>
- 11 Laetitia Clavreul - *Le partenariat public-privé de l'hôpital sud-francilien tourne au gouffre financier* - Le Monde du 15-16 mai 2011, p. 11
- 12 Selon Le Monde : Investissement de 344 millions. Loyer de 40 millions par an sur un budget d'environ 230 millions. L'Agence Régionale s'est engagée à verser 20 millions. "*L'hôpital dans un premier temps devrait réussir à payer 11 millions environ. Le reste manque.*"
[...] "*Le Centre hospitalier sud francilien, qui faisait figure de modèle est devenu l'exemple à ne plus suivre.*"
[...] "*Dans un rapport réalisé en 2009 et publié en février, la Chambre régionale des comptes se montrait sévère sur le procédé choisi - « une formule juridique contraignante et financièrement aléatoire » - et déjà inquiète sur la capacité de l'hôpital à respecter l'engagement pris. Elle insistait sur ses déficits, et jugeait le nouveau site surdimensionné.*"
- 13 Cf. par exemple Le Monde des 15-16 mai 2011, p. 10
- 14 International association for ambulatory surgery : IAAS 2011 - 9th International Congress on Ambulatory Surgery - *State of the Art and Future Possibilities* - Copenhagen 8 - 11 May 2011 - Bella Center
cf. www.iaascongress2011.org/
- 15 Abstracts disponibles sur demande à l'UNHPC
- 16 Pay for performance
- 17 Opinion - Sophie Pedder - *Vous Français, n'avez encore rien vu !* Le Figaro du 13 mai 2011 - Traduit de l'anglais par Marie-Laure Lanchou
"*La chef du bureau parisien de « The Economist » dresse un parallèle entre la cure d'austérité à laquelle est soumise la Grande-Bretagne et la culture d'assistanat qui domine en France.*"
- 18 Cf. le texte intégral de l'appel dans Le Monde des 15-16 mai 2011, p. 15
- 19 Le Monde des 15-16 mai 2011, p. 15 - Point de vue de Sophie Wahnich, historienne : *La résistance incantatoire* - Extraits : "*L'histoire doit être une boussole, un outil pour s'orienter et non pour répéter les gestes héroïques qui, répétés, sont des farces*" - "*Nous ne sommes plus en 1789, mais si notre devoir est de raviver la flamme de la Résistance qui avait elle-même ravivé celle de la Révolution avec ses Allobroges, il nous incombe de reconnaître que cette flamme, c'est celle de la foi en l'impossible, la foi en des pratiques démocratiques qui savent qu'elles ne sont vivantes que quand elles assument le conflit constitutif d'une humanité divisée. L'appel à la résistance ne peut être indifférencié. Le contexte l'interdit. Sa langue doit être neuve, le contexte l'impose.*"

**Les procédures
sont vivantes,
ont une histoire
et portent sens.
En termes de qualité
de service rendu,
elles ne sont pas neutres.**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/20

Date de parution : lundi 23 mai 2011

Sujet : **Les procédures, le normatif**

Mots types : Procédures judiciaires - Procédures sécurité - Procédures de rémunération - Procédures de certification des comptes - Pertinence des actes - Procédures et qualité des résultats - Procédures de rémunération des établissements

Année 2011 - p. 70/210

Sombre semaine à vrai dire. Même si l'actualité liée à l'affaire du président du FMI¹ ne concerne pas notre secteur, force est de constater qu'elle est tellement sidérante pour tous que tout le monde, toute la semaine, n'a parlé que de cela. Les tirages des journaux ont explosé nous dit-on. Même les journaux professionnels ont titré sur l'affaire et y ont consacré plusieurs articles². L'émotion soulevée a été aussi forte parmi nos équipes que partout ailleurs. Elles sont pourtant mieux armées que d'autres secteurs professionnels à affronter la conjonction potentiellement démoniaque du pouvoir, du sexe et de l'argent car ces questions sont au cœur de nos pratiques. Il n'est bien sûr pas question d'aborder ici le sujet au fond. Du point de vue qui est le nôtre, la semaine que nous avons vécue nous amène pourtant à quelques réflexions sur la notion de procédure.

Procédure judiciaire.

Au-delà des faits incriminés, beaucoup, des deux côtés de l'Atlantique, ont été frappés par la procédure judiciaire en cours. On nous dit qu'aux USA beaucoup de gens trouvent dans cette affaire motif à fierté puisque la preuve est ainsi faite, dans leur pays, que les puissants peuvent y être soumis aux mêmes lois et aux mêmes procédures que les petits. On est loin en effet du sombre fait divers qui, en 1963, avait inspiré au poète Bob Dylan sa superbe chanson sur la mort solitaire de la pauvre Hattie Carroll³.

En France pourtant, beaucoup ont été surpris et choqués par la violence de la procédure et des médias. Au-delà des feuilletons télévisés quotidiens, beaucoup ont pris conscience du fait que les Européens et singulièrement les Français étaient, dans la forme, dans la procédure, beaucoup plus respectueux des personnes que les Américains.

On pourrait multiplier les points de vue. Il est probable par exemple que dans les pays musulmans vivant sous des régimes de dictature, ceux qui réduisent la démocratie à Guantanamo auront maintenant plus de mal à imposer leur point de vue.

Bref, pour rester chez les premiers concernés, la France et les Etats-Unis, pays également attachés au principe d'une justice équitable et respectueuse du droit, on découvre que des procédures supposées concourir au même but peuvent être radicalement différentes. Du coup, par

exemple, des étudiants de troisième cycle, au CNAM⁴, clôturant cette semaine une série de cours sur la qualité hospitalière, se posaient la question : lorsqu'on cherche un même but, peut-on admettre que plusieurs procédures différentes puissent y concourir ? Beaucoup, parmi ces étudiants de haut niveau et pour la plupart déjà insérés professionnellement, découvraient combien, pour être efficace, une procédure se devait d'être en lien avec le contexte qui la met en œuvre et la culture qui l'environne. Ils découvraient que les procédures portaient sens. Il découvrait aussi qu'un débat sur les procédures pouvait déclencher des décharges affectives qu'il était difficile de contrôler pour avoir un débat serein. New York nous ramenait à la santé, en France : en termes de qualité de service rendu les procédures ne sont pas neutres.

Procédure sécurité au bloc

Le hasard fait que vient de paraître dans les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation un article important de François Clergue intitulé : « Sécurité des soins : quelle place donner au normatif ? »⁵. A notre connaissance c'est la première fois que paraît un article français dans une revue à comité de lecture de ce niveau sur ce sujet. *To err is human*⁶ avait souligné en 2000 que plus la qualité des soins se développerait et plus les soins seraient "personnalisés", moins les procédures et le normatif seraient efficaces. Depuis, des auteurs américains avaient posé la question "How much is enough ?"⁷. En France, plus que dans d'autres pays, nous sommes saturés de droit. L'article de François Clergue est important. Il faut le lire. Ses propositions sur le rôle et la place des guidelines sont nouvelles. Elles justifient de vrais débats. La même livraison des AFAR propose deux autres éditoriaux de personnalités éminentes du monde de l'anesthésie française, Jean Marty⁸, ancien Président de la SFAR et Dan Benhamou⁹ dont on connaît l'implication et le savoir faire en matière de procédures qualité au bloc. Ces articles sont de grande qualité, mais une fois de plus on reste un peu perplexe devant l'oubli de leur propre histoire par des personnalités de cette envergure. Une fois de plus ils dissertent sur les check-lists en oubliant qu'elles sont obligatoires depuis plus de 15 ans, depuis les décrets anesthésie. Ils oublient que ces décrets étaient fondateurs de procédures innovantes car préjugeant de la



qualification des professionnels, protectrices de ces mêmes professionnels tout en favorisant l'amélioration des pratiques en faveur des patients et la qualification des équipes. "Il faut du temps" disent-ils à juste raison tous les deux. Mais oublier que notre histoire a déjà plus de 15 ans et réduire la question à la simple implémentation de la check-list HAS¹⁰ est réducteur et nous fait perdre la capacité d'apprentissage que pourrait justement apporter la relecture de notre histoire. Comment progresser dans l'évaluation de nos procédures sans connaître leur histoire ?

Procédures de rémunération des médecins

La CNAM¹¹ jette cette semaine un pavé dans la mare et s'inquiète de la "progression continue des dépassements d'honoraires. Elle constate la nécessité d'une réforme structurelle du système"¹². Enfin ! Est-on tenté de dire. La question est connue. Nous l'évoquons souvent. Nous en savons l'urgence et l'importance décisive pour nos métiers, pour nos établissements, pour l'avenir de la médecine libérale.

Sur le fond chacun s'accorde à trouver que le niveau de rémunération des médecins ne peut rester des années et des années sans modification. Ce qui pose question c'est la procédure adoptée pour assurer une juste rémunération : celle d'un droit au dépassement. Une chose est sûre depuis l'origine en 1980 : un tel système est mortifère pour la médecine libérale et les effets pervers s'imposent de façon cumulative et exponentielle.

Où en est-on et comment en sortir ? Lors de trois importantes conférences qu'il a été amené à prononcer cette année en tant que professeur invité au CNAM¹³, le Pr Joseph White¹⁴ a soutenu que le succès d'une politique de réforme dépend de trois facteurs ou de la réponse donnée à trois questions : la question de la connaissance ou de la compétence technique ; la question du pouvoir ou de la compétence institutionnelle (quelqu'un a-t-il le pouvoir de faire ?) ; la question de la volonté ou de la compétence politique. Cette approche peut nous aider.

Savoir ? Sur notre sujet, tout le monde sait qu'un système de rémunération aussi pervers est mortifère pour la profession qui l'emploie. C'est une loi économique qui ne souffre pas d'exception dans l'histoire. Nous savons.

Pouvoir ? L'État et l'Assurance-maladie ont parfaitement le pouvoir d'arrêter le système sans dégrader le niveau des revenus des médecins. Ce système, c'est eux qui l'ont créé et ils en portent donc l'entière responsabilité. Il n'y a donc pas de problème de pouvoir ou de compétences institutionnelles.

Vouloir ? La question qui reste est celle de la volonté, de la compétence politique pour reprendre le vocabulaire de Joseph White. Les intérêts en jeu du côté du gouvernement comme de la CNAM font qu'à ce jour ils ne « veulent » pas. On nous balade en montrant du doigt les "abus" cachant ainsi que, beaucoup plus profondément, c'est le principe qui est critiquable. Les abus, aussi répréhensibles soient-ils, n'en sont que la conséquence. Un nouveau secteur économique se crée en suscitant un petit commerce lucratif : celui de l'information sur les honoraires et celui du conseil en orientation des patients. Osons dire aussi que pour pouvoir exercer un minimum de volonté politique, il faut aussi une bonne dose de courage et de lucidité. Peut-être en manque-t-on un peu ?

Beaucoup ? Constatons aussi que plus on attend et plus les effets pervers jouent à plein. Ceux qui « profitent » de ce type de rémunération sont en effet tentés de se dire que s'il est vrai que tout cela nous mène dans le mur, cela peut peut-être durer encore un peu. Réformer ? L'incertitude entretenue sur l'avenir rend les professionnels concernés prudents et conservateurs. Comment s'en étonner ? De surcroît, plus on attend, plus on sélectionne les jeunes : globalement nous aurons plus de "carriéristes", et moins de "médecins" car on n'a pas entrepris de pareilles études pour se retrouver marchand à la sauvette.

Au total donc, la question n'est pas de savoir où cela nous mène, ni de savoir comment en sortir équitablement, la question est de savoir où trouver ou comment injecter, là où il le faut, la volonté d'en sortir.

Quand on lit dans le « Point d'information » qu'a fait paraître la CNAM le 17 mai dernier : « Face à ces enjeux majeurs pour l'avenir du système de santé, il apparaît primordial que l'ensemble des parties prenantes - Etat, Assurance Maladie, représentants des médecins libéraux, organismes complémentaires - aborde sur le fond les conditions d'une réforme structurelle »¹⁵ on ne peut qu'approuver. Il faudrait rajouter qu'il faut aller vite car nous avons déjà beaucoup attendu et, à l'évidence, plus on attend et plus les choses sont difficiles.

Quand on entend Étienne Caniard¹⁶⁻¹⁷, Président de la Mutualité Française, déclarer : « A l'heure où tout le monde se plaint des dépassements d'honoraires, des difficultés d'accès aux soins et de la dérégulation du système, il me paraît évident que les financeurs soient en mesure de contractualiser avec les offreurs de soins »¹⁸, on ne peut qu'être attentif. Cela veut dire que si l'État et l'Assurance-maladie ne mettent pas fin à ce système de rémunération pervers, nous irons forcément vers ce que les Américains appellent le *managed care* ou les HMO (gestion intégrée des soins)¹⁹. Il est donc urgent de développer la connaissance de ces systèmes, d'en mesurer les avantages, les contraintes, les limites et les conséquences, afin d'éclairer les choix qui ne manqueront pas de s'imposer si l'on va dans cette voie. Il sera alors trop tard pour "regretter" le bon temps du système conventionnel qu'on n'aura pas su réformer pour le remettre sur pied et pour fulminer sur une régulation qu'on aura cru "médicale" mais qui sera bien plus dure que l'abominable régulation "comptable" !

Procédure de certification des comptes

L'Assemblée Nationale a terminé cette semaine l'examen des articles de la Proposition de loi Fourcade modificative de la loi HPST. Cette Proposition de loi mériterait une chronique à elle toute seule. Pour rester sur notre sujet, relevons ici qu'elle décale de deux ans la date d'entrée en application de l'article 17 de la loi HPST qui pose le principe de la certification des comptes des établissements publics de santé. On sait aussi qu'en mai 2011, le principe de la facturation à l'hôpital public n'en est toujours qu'au stade des "expérimentations" ! Il est des procédures "naturelles" qui ne le sont pas encore pour tous... Etonnant n'est-ce pas ?

La pertinence des actes

Les Anglais emploient le mot de "procedures" pour parler des actes. Ce n'est pas forcément un faux ami. Le su-

jet de la pertinence des actes est le dernier scud envoyé par la FHF pour dénigrer le privé. On a connu la bobologie, la sélection des patients, le taux de reprise, la médecine de riche, et bien d'autres. La FHP a donc eu raison d'organiser un colloque sur le sujet²⁰. Son Président Jean-Loup Droussset a bien eu raison d'inviter Jean Leonetti, Président de la FHF, à s'exprimer sur le sujet devant un parterre d'experts aussi divers qu'incontestables, en le félicitant d'avoir ouvert le sujet. Personne n'était dupe, mais c'était le meilleur moyen de désidéologiser le sujet, de le désinstrumentaliser pour l'aborder au fond. C'est ce qui a eu lieu. Certains, dans l'auditoire, ont pu découvrir la réalité du sujet. Tous ont pu constater sa complexité. Les spécificités de la question selon le secteur d'activité ont été soulignées. La question de la pertinence des actes ou des parcours ne peut pas être abordée de la même façon en chirurgie, en psychiatrie, en SSR par exemple. Dans toutes les études présentées, les questions d'organisation, d'information et de coordination des acteurs dominant. La question des comportements déviants existe, mais il apparaît qu'elle est résiduelle. Ce colloque a permis de remettre sur les rails le vrai sujet de la pertinence des actes. Il a donc été très utile. Il faut espérer une publication de ces travaux et surtout une suite sérieuse, interprofessionnelle et factuelle. Le sujet de la pertinence des actes et des écarts de pratique peut, doit redevenir un bon sujet, un point d'appui supplémentaire pour l'amélioration de nos organisations et de nos pratiques. Les procédures pour en juger restent à créer.

Procédures et amélioration des pratiques.

Il y a peu, la revue Health Affairs nous proposait un numéro spécial²¹ faisant le bilan de l'histoire de la qualité hospitalière aux USA depuis *To err is human* en reprenant le titre de sa suite²² pour dire que nous n'étions pas encore sortis du gouffre de la qualité ("*Still crossing the quality chasm*"). Plusieurs auteurs et le Policy Brief²³ qui y était joint ouvraient un débat difficile : chacun s'accorde à dire que de gros progrès ont été faits en matière

de procédures, d'indicateurs, de gestion des événements indésirables, d'instruments de régulation... Mais chacun constate qu'en termes de résultats médicaux on ne voit guère de différence²⁴. Angoissant.

Cette semaine, la dernière livraison d'Etudes et Résultats²⁵ nous donne les résultats de la dernière enquête sur les événements indésirables graves liés aux soins. Important et intéressant. Nul ne peut contester les efforts fournis, l'amélioration des procédures et du système d'information, l'attention des professionnels sur ces sujets. Et pourtant, chez nous comme aux USA, "*les résultats de l'enquête de 2009 sont identiques à ceux de l'enquête de 2004*". Difficile.

Il ne faut surtout pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Mais voilà qui, des deux côtés de l'Atlantique, renouvelle le débat sur les procédures qualité, monte encore d'un cran le niveau...

Procédures de rémunération des établissements

C'est dans ce contexte que partout la question de procédures de paiement des professionnels et des établissements "à la performance" se pose. Aux USA les établissements de soins aigus commenceront à être payés à la performance dès 2013 alors que les données sur l'impact de tels systèmes sont contradictoires. Il faut rappeler aussi que des procédures ponctuelles de pénalisation y sont déjà en place, celles concernant le coût des chutes des patients par exemple. En France la DGOS²⁶ a ouvert un grand chantier de réflexion sur le sujet. Nous l'avons déjà évoqué ici. Il est urgent de développer notre capacité collective d'analyse et de proposition pour des procédures cohérentes et efficaces en matière de paiement à la qualité.

Oui, décidément, la question des procédures, de leur qualité, de leur signification et de leur impact était bien au cœur de la rude semaine que nous venons de vivre.

¹ Ce 15 mai, Dominique Strauss-Kahn, directeur général du Fonds Monétaire International, candidat au plus haut dans les sondages sur les intentions de vote pour les élections présidentielles françaises, a été inculpé de tentative de viol, d'agression sexuelle et de séquestration devant les tribunaux New-yorkais. La police et la justice américaines ont organisé et favorisé la prise d'image de cette arrestation, de l'incarcération et des premières comparutions. Les médias du monde entier les ont largement diffusées. Les médias français sont obligés d'expliquer le fonctionnement de la procédure judiciaire américaine tellement elle diffère de la procédure pénale française.

² Cf. par exemple : *Politique et sexualité : La notion d'addiction en question* - Le Quotidien du Médecin du 18/05/2011

³ Bob Dylan - *The Lonesome Death of Hattie Carroll* - enregistrée le 23 octobre 1963 - album *The Times They Are a-Changin'*

⁴ Conservatoire national des arts et métiers

⁵ François Clergue - Éditorial : *Sécurité des soins : quelle place donner au normatif ?* - Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation - Ann Fr Anesth Reanim (2011), doi : 10.1016/j.annfar.2011.03.026

Cf. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0750765811001572>

Cf. aussi notre mail UNHPC 11/299 du 21 mai 2011

⁶ *To Err Is Human - Building a Safer Health System* - Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors - Committee on Quality of Health Care in America - Institute of Medicine, National Academy Press - 2000
Le livre est toujours disponible en librairie.

Il est aussi disponible au téléchargement en tout ou en partie, sur le site de l'IOM : http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=9728

⁷ Cf. par exemple : Rebecca Nunn Warbuton - *Patient safety - how much is enough?* - Health Policy 71 (2005) 223-232

⁸ Jean Marty - *Editorial - Check-lists : la lettre et l'esprit* - Annales françaises d'anesthésie et de réanimation - Sous presse. Epreuves corrigées par l'auteur. Disponible en ligne depuis le mercredi 4 mai 2011 - Doi : 10.1016/j.annfar.2011.03.027

Cf. <http://www.em-consulte.com/article/288390>

- Cf. aussi notre mail UNHPC 11/299 du 21 mai 2011
- ⁹ Dan Benhamou - *La checklist réduit le taux de complications postopératoires : d'accord mais il faut maintenant en assurer la mise en œuvre* - Annales françaises d'anesthésie et de réanimation - Sous presse. Epreuves corrigées par l'auteur. Disponible en ligne depuis le dimanche 1 mai 2011 - Doi : 10.1016/j.annfar.2011.03.025
Cf. <http://www.em-consulte.com/article/288210> Cf. aussi notre mail UNHPC 11/299 du 21 mai 2011
- ¹⁰ Haute autorité de santé
- ¹¹ Caisse nationale d'assurance maladie
- ¹² Caisse nationale d'assurance maladie - Point d'information 17 mai 2011 - *Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système*
Cf. <http://www.ameli.fr/espace-presse/communiqués-et-dossiers-de-presse/recherche-avancee.php?month1=0&year1=0&month2=9&year2=2011&action=resultats> Cf. aussi notre mail UNHPC 11/301 du 22 mai 2011
- ¹³ Conservatoire national des arts et métiers
- ¹⁴ Lundi 31 janvier 2011 : *La réforme de santé du président Obama : les États-Unis sont-ils en train d'abandonner le modèle américain ?*
Mercredi 9 février 2011 : *Pourquoi les réformes échouent le plus souvent et, parfois, réussissent ? Ce que les économistes et les hommes politiques devraient apprendre.*
Jeudi 19 mai 2011 : *Pourquoi, en matière de contrôle des coûts des soins médicaux, est-il si difficile de faire mieux et si facile de faire pire ?*
Cf. http://culture.cnam.fr/agenda/mai/pourquoi-en-matiere-de-contrôle-des-coûts-des-soins-médicaux-est-il-si-difficile-de-faire-mieux-et-si-facile-de-faire-pire-368148.kjsp?RH=cult_evt Cf. aussi nos mails UNHPC 2011/088 du 12 février 2011 et 11/300 du 21 mai 2011
- ¹⁵ p. 2 du "Point d'information" de la CNAM, du 17 mai 2011, déjà cité
Sur la même page, on s'étonnera par contre des affirmations suivantes :
*"Une réforme structurelle du système apparaît ainsi nécessaire pour infléchir ce mouvement sur le long terme et enrayer cette hausse tendancielle des dépassements d'honoraires et des effectifs du secteur 2.
En effet, si la lutte contre les dépassements abusifs est indispensable, elle ne concerne qu'une minorité de médecins et ne solutionne pas de manière globale les problèmes d'accès aux soins que pose un développement excessif du secteur 2."*
Une fois de plus qu'est-ce qui est abusif sinon l'existence même d'un pareil système de rémunération ? Comme nous avons déjà eu l'occasion de le faire remarquer, imagine-t-on le patron d'un commerce disant à ses vendeurs sous-payés, "demandez un peu plus aux clients, mais avec tact et mesure...". Sa boîte serait coulée immédiatement. La médecine n'est pas un commerce ? Raison de plus...
Au point IV, p. 11, il s'agit toujours de "réguler le secteur 2" et non d'oser "réguler les honoraires". La CNAM nous condamne à finir comme les collecteurs d'impôts qui, eux aussi, très majoritairement, "n'abusaient pas"...
- ¹⁶ Le Quotidien du Médecin du 20/05/2011 - *Polémique sur les dépassements d'honoraires : Une « dérive » qui accentue la pression sur les partenaires conventionnels* - "Pour Étienne Caniard, président de la Mutualité Française, les chiffres avancés par l'assurance-maladie confirment l'inquiétude manifestée par la Mutualité devant l'explosion du nombre et du volume de ces dépassements qui remettent en cause l'accès aux soins ». Rejetant la « banalisation » des dépassements qui « modifie la nature même de notre protection sociale », Étienne Caniard juge « urgent de mettre fin à cette situation et de revenir à une forme d'opposabilité régime obligatoire-régime complémentaire pour réduire le reste à charge du patient »."
- ¹⁷ Mutualité Française - Communiqué du 18-5-2011 : *"Etienne Caniard considère que la banalisation des dépassements modifie la nature même de notre système de protection sociale. Nous vivons dans la fiction d'un taux de remboursement du régime obligatoire qui ne correspond plus à la réalité. Il est urgent de mettre fin à cette situation et de revenir à une forme d'opposabilité régime obligatoire-régime complémentaire pour réduire le reste à charge du patient. Il est nécessaire de mobiliser équitablement tous les acteurs pour y parvenir."*
- ¹⁸ Protection sociale Informations (PSI). <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Revue-de-presse/Depassements-d-honoraires-reLANcer-le-secteur-optionnel>
- ¹⁹ Le Quotidien du Médecin du 17-5-2011- *Honoraires : la Mutualité a fait ses calculs : Les dépassements auraient augmenté de 6 % en 2010 - "La CSMF a toutefois fait part de son désaccord face à la constitution des réseaux santé par les mutuelles qui impliquent une contractualisation individuelle directe des médecins libéraux et qui porteraient atteinte à la liberté de choix des patients. Le syndicat se dit toutefois prêt à envisager « un accord collectif national à choix optionnel individuel »"*.
- ²⁰ "En association avec le comité de liaison de l'hospitalisation privée (le CLAHP) qui rassemble la FHP et les syndicaux médicaux (CSMF - FMF - SML), et la conférence Nationale des Présidents de Conférence Médicale de l'Hospitalisation Privée, la Fédération organise un colloque destiné à un large public sur le thème « Pertinence des actes : par-delà la polémique » Mercredi 18 mai 2011 de 14h00 à 18h00 - Palais Brongniart - Place de la Bourse 75002 PARIS
Dans le double but de contrer les suspicions que certains s'ingénient à faire porter sur le secteur privé et dans celui de prendre la parole en acteur de santé responsable que les médecins et nous-mêmes sommes, nous avons souhaité rassembler les différentes parties prenantes pour dresser un état des lieux et éclairer de façon sérieuse et constructive le débat."
- ²¹ HealthAffairs, At the Intersection of Health, Health Care and Policy - *Still Crossing The Quality Chasm* - April 2011; Volume 30, Issue 4 - <http://content.healthaffairs.org> Cf. aussi notre mail UNHPC 11/248 du 24 avril 2011
- ²² *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* - Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine 2001 (Second in a series of publications from the Institute of Medicine's Quality of Health Care in America project).
http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027
- ²³ HealthAffairs - *Health Policy Brief: Improving Quality and Safety. Despite some progress, the nation still faces an urgent need to build a less error-prone system that delivers better care.* Health Policy Brief - april 15, 2011 (<http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/>)
Cf. aussi notre mail UNHPC 11/248 du 24 avril 2011
- ²⁴ Extraits du Policy Brief cité ci-dessus : *"Despite these efforts, quality improvement throughout much of the US health care system is still proceeding at a glacial pace, if at all".* (Une amélioration lente : malgré ces efforts, l'amélioration de la qualité dans une grande partie du système de santé américain avance très lentement, voire pas du tout.)
"Determining what works: There is mixed evidence on quality improvement strategies such as pay-for-performance". (Définir ce qui marche : il y a des données contradictoires sur les stratégies d'amélioration de la qualité telles que la rémunération à la qualité.)
"Eliminating disparities: The bad news: there was a "striking disconnect" between performance on process measures and clinical outcomes. (Éliminer les disparités : les mauvaises nouvelles : il y avait "un décalage frappant" entre la performance sur les indicateurs de processus et les résultats cliniques).
- ²⁵ DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) - *Les évènements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité* - Etudes et Résultats n° 761 - mai 2011
Cf. <http://www.sante.gouv.fr/etudes-et-resultats,4001.html> et notre mail UNHPC 11/293 du 19 mai 2011
- ²⁶ Direction générale de l'offre de soins

**En ce qui concerne
l'activité courante,
tarifs, contrôles et évaluations
publiques valent mieux
que subventions**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/21

Date de parution : lundi 30 mai 2011

Sujet : **Fonctions transversales : subvention ou tarif ?**

Mots types : MIG - Forfait cancer - R. Cash - DGOS - ARS - Chaînage - File active - Dispositif d'annonce - RCP - Soins de support - Modèle - Méthode - Marges de manœuvre

Année 2011 - p. 74/210

Cette semaine, la question du "forfait cancer", maintenant appelé "MIG¹ action de qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie", a de nouveau beaucoup occupé les esprits. Nous avons très souvent évoqué cette question dans nos mails ou dans cette chronique. Pourtant, très nombreux sont ceux qui, cette semaine, nous ont interrogés pour essayer de comprendre, pour savoir ce qui se passait dans les autres régions ou tout simplement pour avoir plus d'informations. Il nous a donc semblé nécessaire de consacrer cette chronique à ce sujet, même si cela nous conduit à vous proposer cette semaine une chronique très longue et très "technique".

Au total de combien parle-t-on ? De 18,7 millions d'euros, soit de 43.000 euros par établissement ou de 75 - euros par patient, selon la méthode DGOS³ qui compte 248.641 patients et 436 établissements autorisés dans le secteur ex-OQN⁴, hors centres de radiothérapie indépendants.

Pour rassurer les anciens, rappelons sous forme de clin d'œil que ce montant de 75 €, correspond à celui qui avait été déterminé à grand renfort de cabinet conseil, de comptabilité analytique et de "démarche scientifique" avant l'expérimentation du dispositif d'annonce !... Rappelons aussi que cette "démarche scientifique" avait alors confirmé un montant, 75 €, qui correspondait au montant défini quelques mois avant, lors d'une réunion de travail DHOS⁵-Fédérations durant laquelle une question toute simple nous avait été posée au débotté : "à votre avis ça coûte combien de faire l'annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient ?...". Au doigt mouillé, nous nous étions dit que 3 CS, correspondant à une consultation trois fois plus longue, ce n'était pas stupide. Ce n'était que pour la consultation longue de l'annonce. Mais, depuis, la "science" confirme 75...

Quel est l'impact de cette réforme ? Nous n'avons aucune donnée sur les secteurs autres que le nôtre, celui des établissements ex-OQN, et nous n'avons pas eu le temps de consulter les autres Fédérations pour savoir si, comme cela a déjà été fait dans le passé, elles accepteraient de faire un échange systématique des informations que chacun détient, puisque l'Etat nous les refuse.

En ce qui concerne les cliniques et hôpitaux privés, l'enveloppe passe de 15,9 à 18,7 millions d'euros (+ 2.867.507 €) soit + 18 %. Ce n'est pas négligeable.

Sur les 436 établissements concernés du secteur ex-OQN, 303 établissements y gagnent (70 % d'entre eux), 133 établissements y perdent (30 %). Au total ces derniers perdent 4 millions d'euros soit en moyenne 30.157 € par établissement (écart type 29.118 €), avec parfois de petits montants, mais aussi quelques grosses cliniques au-dessus de 100.000 euros de perte. Il y aura donc des dégâts. Cela interroge, pour le moins.

Les établissements qui y perdent sont souvent concentrés sur les Régions qui avaient fait un effort de financement sur les fonctions couvertes : Aquitaine - Champagne Ardennes - Ile de France - Midi-Pyrénées - Rhône-Alpes par exemple. Cette nouvelle méthode d'allocation contredit donc les initiatives régionales antérieures, parfois de façon forte.

Nous n'avons aucune donnée sur les centres de radiothérapie libéraux détenteurs de leurs autorisations.

A l'origine, quelques fonctionnaires lucides et courageux - il en est, fort heureusement -. L'iniquité de l'allocation des financements publics concernant les **dispositifs d'annonce, les réunions de concertation pluridisciplinaire et les soins de support** les heurtait. Une équipe conduite par Roland Cash, qui était encore responsable scientifique de la Mission tarification à l'activité - il faut ici lui rendre hommage - se met au travail. Il lui apparaît que les fonctions concernées sont liées à l'activité puisque chaque patient y a droit. C'est la position que nous tenons depuis toujours. Cette équipe anime une première réunion de concertation avec les fédérations. Pour la première fois ils donnent quelques chiffres qui permettent d'objectiver ce que nous savions : les cliniques et hôpitaux privés sont systématiquement défavorisés.

Puis, Roland Cash quitte la mission T2A⁶. Nous avons cru alors que le dossier ne sortirait plus jamais. Nous avons eu tort. D'autres réunions eurent lieu. Elles étaient consacrées à l'examen de propositions qui nous ont parfois paru surprenantes. L'idée de calculer la file active était pourtant conservée. Il y avait là une avancée déci-



sive puisque, pour la première fois depuis près de 20 ans que nous avons réussi à imposer la technique du "chaînage" (savoir tout ce qui a été fait à M. Dupont sans jamais savoir qu'il s'agit de M. Dupont), celui-ci allait servir⁷. Appliquer le chaînage dans le cas du cancer posait néanmoins de nombreux problèmes et nécessitait de nombreux arbitrages. Mais la DHOS a voulu garder la maîtrise du dossier. Pour elle, à l'époque, il n'y aura pas de problème une fois que l'ATIH⁸ aura défini la méthode : cette méthode sera appliquée par chacune des ARH⁹ pour calculer les files actives de sa région.

La première des simulations sérieuses qui nous a été présentée était stupéfiante : les CHU¹⁰ et les CLCC¹¹ maintenaient à peu de choses près leur position avantageuse, les cliniques gagnaient beaucoup et, à enveloppe constante, la totalité de ce financement supplémentaire était pris sur le dos des CH¹² !

À partir de ce moment-là nous nous sommes battus sur la position suivante : nous comprenions les grandes difficultés dans lesquelles se trouveraient les "gros établissements", comme dit l'administration, au cas où leurs allocations baisseraient trop rapidement. Personne, bien sûr, ne remettait en cause "l'excellence" de leur prestation en la matière. Notre position consistait alors à obtenir une méthode rigoureuse, comme on nous l'avait promis, en échange d'un étalement dans le temps du redressement des montants qui nous étaient dûs.

Puis vint un long silence de la DGOS, près d'un an.

Début avril, la circulaire DGOS du 30 mars relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé a été publiée¹³. Les citations qui suivent en sont extraites.

"Depuis 2009, des travaux ont été conduits visant à forfaitiser l'allocation [...] en fonction de critères d'activité ou liés aux missions des établissements bénéficiaires." Il s'agit en principe ici des fonctions de recours non financées par ailleurs.

"Les objectifs de cette forfaitisation sont de renforcer la transparence de l'allocation des MIG finançant les soins en cancérologie, à l'exclusion des centres de coordination en cancérologie (3C¹⁴) qui ne font pas encore l'objet d'un référentiel." Il y a quelques mois il était pourtant question de supprimer les financements spécifiques 3C en les réintégrant d'une manière ou d'une autre dans les tarifs puisque les 3C ne sont que la fonction qualité "cancer" des établissements de santé. Ils seraient donc consolidés.

"Ils visent également [ces travaux...] à évaluer la pertinence et la faisabilité à court terme d'un financement via un forfait structure." Cela est nouveau, nous n'en avons jamais entendu parler. Est-ce à dire que nous allons faire une nouvelle réforme qui justifiera de nouveau de gros montants pour les grosses structures ? Sera-ce une nouvelle prime béton ? Qu'il est difficile pour certains fonctionnaires de la DGOS de payer les hôpitaux pour ce qu'ils font et non pour ce qu'ils sont !

"En 2010, une enquête détaillée a été conduite auprès des ARS, afin d'identifier très précisément les financements mobilisés et leur attribution, d'éliminer les financements croisés et d'évaluer la part respective des 3C et du compartiment DA¹⁵ + RCP¹⁶ + soins de support dans la MIG unique." Il va sans dire qu'il serait très intéressant d'avoir copie de cette étude...

"Un important travail a ensuite été conduit en lien avec l'INCa en vue de fiabiliser les données au maximum dans le contexte d'une attribution en cours des autorisations." Cela paraît tout à fait logique. En effet, on ne voit pas pourquoi l'établissement recevra une MIG cancer s'il n'est pas autorisé à pratiquer une "activité de soins cancer". Mais nous verrons qu'il y a aussi une autre raison.

"Le modèle d'allocation du forfait tel qu'il résulte des travaux conduits au niveau national prend en compte les données suivantes :"

- *"Attribution d'un socle par établissement (20.000 € par établissement, avec prise en compte du caractère multisite de l'AP-HP¹⁷)"*. Va pour les 20.000 €. Va aussi pour le caractère multisite de l'AP-HP, mais nous verrons plus loin que la question du multisite n'est pas traitée de la même façon pour tous.

- *"File active de patients¹⁸ : forfait par tranche de 50 patients supplémentaires identifié sur la base des remontées d'activité 2009 (chaque patient compte une seule fois quel que soit son nombre de séances ou de séjours), d'environ 3.152 € pour les établissements ex-DG¹⁹."* La question de la file active en cancérologie est une question extrêmement complexe. Certains aspects de cette complexité auraient dû faire appel à des arbitrages publics, après discussions en interprofession.

C'est ainsi que nous savons que, dans le cas assez courant où la première séance de chimiothérapie est réalisée en CHU ou en CLCC et la suivante dans un CH, le patient compte deux fois. La "part de marché" du privé baisse mathématiquement d'autant.

Certains DIM²⁰ se sont inquiétés du fait que, si l'on sait que la base utilisée est la base de données du PMSI²¹ MCO²² 2009 selon la version 11 du groupage des GHM²³, on ne sait pas ce qu'on a fait des patients / séjours de janvier et février 2009, groupés, eux, en v10...

Certains DIM suspectent la liste des codes diagnostic utilisés pour la chirurgie du cancer par l'ATIH de n'être pas exactement la même que celle qui avait été arrêtée par l'INCa²⁴ pour les seuils d'autorisation. Nous n'avons pas encore pu vérifier. Ce serait un peu étonnant, mais, quoi qu'il en soit, pourquoi ne pas le préciser, ce serait tellement plus simple pour tout le monde.

La DGOS se met au niveau de l'Express et compte pour rien les dizaines de milliers de patients pris en charge en radiothérapie libérale²⁵. Pour ceux qui ne le sauraient toujours pas : malgré trois Plans Cancer, malgré les drames d'Épinal et de Toulouse, malgré deux feuilles de route ministérielles pour la radiothé-

rapie, malgré de nombreux engagements publics de nos Ministres, malgré la demande constante des professionnels depuis plus de 10 ans, malgré le fait que ces mêmes professionnels sont les seuls à accepter de faire du PMSI sans être rémunérés, malgré toute logique... la radiothérapie libérale n'est toujours pas dans le champ du PMSI descriptif. Pour quelles raisons obscures l'État préfère-t-il ne pas savoir "qui fait quoi et où ?" en matière de radiothérapie libérale alors que celle-ci assure plus de la moitié de cette activité ? En attendant, sur la question qui nous occupe, la DGOS est comme l'Express, elle "oublie" la radiothérapie libérale... Cela pénalise les centres de radiothérapie, cela pénalise les cliniques, cela pénalise aussi nombre de CH.

Quid de la curiethérapie ? Les patients passés dans les chambres de curiethérapie ont-ils été comptés ? Ont-ils été exclus ? Ont-ils subi un sort différent selon le statut de l'établissement concerné ? Nul ne sait.

Bref, tout ça n'est pas clair. Il faudra bien, pourtant, un jour, connaître la file active, en cancérologie, par établissement. Pour cela, au-delà de la technique du chaînage, un certain nombre d'arbitrages devront être faits dans la clarté. Ce jour n'est hélas pas encore venu. Il faudra aussi pouvoir ne pas changer de méthode dans le temps, car, en gestion, rien n'est pire que de changer d'étalon.

Ce constat de carence de l'Etat et de ses Agences fait pourtant naître une question et une suggestion : les professionnels seront-ils assez mûrs pour mettre au point par eux-mêmes la méthode de calcul de la file active rendue possible par le chaînage. Ce serait un bon chantier pour notre Conseil National de Cancérologie !

En attendant, une chose est sûre : la "file active" prise en compte pour ces financements est tout sauf claire et objective. Son calcul va pourtant dans le même sens que les autres choix méthodologiques présidant au calcul de la MIG cancer : il pénalise le secteur privé.

- "**Nombre de modalités de l'activité autorisées** (2 modalités : + 25 % ; 3 modalités : + 50 %)." Tiens ? L'État pousserait-il à la concentration des activités en matière de cancérologie ? La question de la constitution de vrais centres anticancer, disposant des trois modes de prise en charge dominants, quel que soit le statut de l'établissement concerné, est une vraie question. On peut en débattre. Ce qui surprend, c'est qu'alors que nous sommes en plein dispositif d'autorisation de l'activité cancer, on applique cette politique en silence, sans même l'énoncer, alors qu'elle n'a pas été retenue dans le dispositif d'autorisation. Si l'on a à faire à une politique incitative, celle-ci ne peut fonctionner que si le but est clairement énoncé. Ce n'est pas le cas ici. La conclusion est donc claire. On veut avantager les CHU et les CLCC à qui l'on refuse difficilement des autorisations... Il serait d'ailleurs intéressant de savoir si les hôpitaux publics qui ont individualisé leur chimiothérapie ou leur radiothérapie avec un numéro FINESS spécifique (il y en a un certain

nombre) se voient pénalisés comme les cliniques et les centres de radiothérapie libéraux. Si c'est le cas, qu'en pensent-ils ? Il reste que la DGOS est loin de la position de bon sens de l'ANAES²⁶ puis de la HAS²⁷ qui raisonnent "site" et non structure juridique²⁸... On est ici dans la petite politique mesquine.

- "**Surpondération des établissements constituant les pôles régionaux de cancérologie, c'est-à-dire en pratique les CHU (+ 80 %) et CLCC (+ 70 %).** Cette pondération est susceptible d'évoluer dans les années à venir, puisque l'INCa doit définir des référentiels qui permettront d'identifier les établissements y appartenant ou pas. Temporairement, la solution retenue permet de tenir compte du rôle de chefs de file que jouent les CHU et les CLCC dans la structuration de l'offre régionale." On sent qu'ici, les rédacteurs ont dû se contorsionner. Le pôle régional, c'est le serpent de mer qu'on veut nous imposer. "Temporairement", n'hésitons pas à féliciter les CH et les cliniques qui se voient soudainement promus filiales des CHU et des CLCC. On nous dira bien sûr que l'appartenance aux "pôles régionaux de cancérologie" n'est nullement réservée aux CHU et aux CLCC... Heureusement que nos amis des CHU et des CLCC qui exercent de vraies fonctions de "recours" nous rassurent en nous disant, ébahis, que 80 % ou 70 %, c'est vraiment beaucoup..., tout en s'interrogeant sur la signification des 10 % d'écart entre eux. Bref, nous sommes sans doute ici dans la vraie vie : l'argent va aux riches... Pour la DGOS, cela doit être "naturel".
- "**Prise en compte du coefficient géographique.**"²⁹ Soit.
- "**Abattement de 25 % du socle et de la valeur des tranches dans le secteur ex-OQN au titre de la non-intégration des honoraires médicaux. La part des rémunérations médicales des participants aux RCP dans les établissements ex-OQN reste en effet financée au titre des dispositifs conventionnels ou du FIQCS**³⁰." Alors ça ! Sous d'autres cieux, nous dirions que nous sommes au sommet de l'hypocrisie ou en plein racisme ! D'un racisme fort bien camouflé par utilisation aussi savante qu'hypocrite d'une présentation technique incontestable. Si nous avions à faire à un Etat responsable, il aurait résolu le problème technique et se serait assuré de la réalité et de l'équité de la part de rémunération qui, dans son organisation, dépend effectivement d'une autre enveloppe... En attendant, comme nous l'avons déjà souligné, il faut saisir sans délai les responsables du FIQCS, conjointement avec la l'URPS³¹... "Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre" !

Quelques considérations supplémentaires doivent être faites ici :

- Au total, du point de vue des **montants** et compte tenu de tous ces abattements, le secteur privé reste très pénalisé. Les centres de radiothérapie sont exclus. Ne prennent-ils pas en charge les mêmes patients ? Qui

plus est en grand nombre ? De quel droit l'Etat pénalise-t-il, *in fine*, les patients qui, exerçant leur libre choix, choisissent majoritairement de se confier à des médecins libéraux ? Les établissements privés bénéficient d'une rallonge globale de 2,8 millions d'euros, nous l'avons vu. Il est très difficile de faire le bilan en termes de "manque à gagner" du fait de ces multiples abattements puisque les calculs doivent se faire à enveloppe constante. Il n'empêche, ils sont, sur cette enveloppe, considérables.

- Rappelons que depuis plus de dix ans les oncologues demandent la réforme du K15³². A l'époque un projet de paiement au forfait sur trois semaines avait été mis au point avec l'Assurance-maladie, à enveloppe constante. Ce projet prévoyait de payer double l'oncologue lorsque la preuve était faite par mention vérifiable au dossier médical que le dossier du patient était bien passé en **RCP**. Tous les ministres successifs se sont félicités de ce projet de réforme. Il a été mis au point avant même le Plan Cancer 2003-2007. La réforme n'étant pas encore mise en œuvre en 2003, elle a été reprise dans le Plan Cancer. Rien n'a été fait. Ce refus d'agir sur un dossier pourtant considéré comme évident par tous et dont nul ne conteste l'impact vertueux sur les comportements fait partie des mesures vexatoires qui dissuadent les jeunes de se faire médecins libéraux en oncologie médicale. Croit-on vraiment que les subventions dont il est question ici peuvent être plus efficaces qu'un système de rémunération aussi incitatif que le doublement des honoraires, à enveloppe constante, si le dossier passe en RCP ? A l'évidence non. Alors où sommes-nous ? Dans l'aveuglement idéologique ?
- Il y a près de deux ans, nous soutenions la nouvelle approche de la DGOS qui partait du constat que les activités rémunérées par ces allocations étaient bien liées à la file active. Nous lui demandions d'en tirer les conséquences : ces activités devraient être rémunérées sous forme de tarifs plutôt que de subventions. On nous rétorquait l'argument suivant : les arbitrages ont été faits en haut lieu, "*il faut donner des marges de manœuvre aux nouvelles ARS, on procédera donc par subventions*". Aujourd'hui, nous sommes donc dans un abîme de perplexité. Les montants qui sont calculés par la DGOS son précis à l'euro près, le tableur diffusé officiellement est précis au centime près. Bonjour les marges de manœuvre ! Ou l'on nous ment, ou l'on nous prive d'une information importante : il y a dans les ARS une enveloppe qui permettra de régionaliser le socle de financement décidé par l'État central... Mais alors, quid de l'égalité des citoyens ? On est en pleine confusion entre éléments tarifaires puisque liés à l'activité, pseudo-politique tarifaire régionale, capacité pour les ARS d'initier des politiques incitatives en sus des tarifs nationaux...

- Cette semaine, après de multiples demandes, nous avons obtenu la ventilation des financements par établissement... pour le secteur ex-OQN uniquement. Une fois de plus, **l'État refuse de donner la totalité des informations**. Chacun des quatre secteurs (public-privé-ESPIC³³-CLCC) a ses statistiques, mais n'a pas celle des autres. Dès qu'il s'agit d'argent, la DGOS est toujours très cachottière. Elle sort en général un argument qu'elle croit béton : il s'agirait d'un secret commercial. Si, dans le cas d'espèce, elle nous ressort le même argument cela devient aussi comique qu'intéressant : les subventions au secteur public feraient ainsi partie du secret commercial dû aux établissements publics promus soudainement au rang d'établissements commerciaux ?! Mais trêve d'humour, l'INCa, en ce qui le concerne, a lui aussi toujours refusé de ventiler ses fonds de financement par statut et par région. Voilà qui participerait pourtant à une saine transparence sur l'utilisation des fonds publics...

- Enfin, pour conclure, il faut dénoncer ici l'attitude d'un État qui proclame haut et fort que "*les objectifs de cette forfaitisation sont de renforcer la transparence de l'allocation des MIG finançant les soins en cancérologie*", qu'il s'agit de rendre ces financements "*plus équitables*" et qui, *in fine*, organise une nouvelle opacité à peine moins inéquitable. Soyons clairs. Que l'État décide, pour chaque patient, de donner plus au secteur public ou plus exactement aux gros établissements du secteur public, c'est son droit le plus strict. C'est, chez lui, une habitude longue. Certes, c'est "inéquitable", mais c'est son droit. Nous pouvons, à juste raison, "râler". Mais qu'il couvre une réforme présentée comme devant développer "*l'équité et la transparence*" d'un **voile méthodologique** d'hypocrisie, sinon de faussetés, voilà qui est très, très choquant. Au moins pour l'UNHPC.

De plus, nous le savons, il sera très difficile de revenir sur une méthode déjà employée au plan national. On nous dira dans les prochaines années, qu'on ne comprend pas, qu'on a toujours fait comme ça. Le turnover naturel à la DGOS fera que les nouveaux responsables n'auront même pas connaissance de l'histoire. Bref, cette "*méthode*" qui n'en est pas une, nous risquons de la garder très longtemps si elle n'est pas corrigée tout de suite.

Au total, au niveau des établissements, l'iniquité et un certain désordre demeurent, même si, pour beaucoup, les montants perçus ont augmenté. Au plan national, ce dossier est beaucoup plus important et significatif que les montants concernés ne pourraient le faire croire. Il ne peut pas être négligé. Il illustre une fois de plus qu'en ce qui concerne l'activité courante, tarif + contrôle et évaluation publique valent mieux que subventions...

- ¹ Mission d'intérêt général
- ² Le 26-5-2011, DGOS a communiqué à la FHP-MCO un tableau intitulé : "*Calibrage du financement des actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie*" qui donne le détail des calculs débouchant sur le "*Forfait final issu du modèle, en euros*", établissements par établissements pour le secteur ex-OQN. Les chiffres repris ici en sont issus. Cf. notre mail UNHPC 11/312 du 27-5-2011
- ³ Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé)
- ⁴ Objectif quantifié national
- 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 Tarification à l'activité
- ⁷ Le "chaînage" est né des expérimentations PMSI dans le secteur privé au début des années 90. Le "K moyen" des opérations chirurgicales effectué dans les cliniques s'étant révélé supérieur au K moyen des hôpitaux, la FHF faisait alors porter sa critique des établissements privés sur le fait que les opérés étaient régulièrement "repris" pas les hôpitaux. Les cliniques n'avaient alors aucun moyen de répondre. Il fallait donc pouvoir obtenir des statistiques sur le suivi des patients et pour cela, "chaîner" les séjours des patients. Ce chantier a été très difficile. Outre la CNAM et la DHOS, il a fallu la CNIL, les services du Premier Ministre, et l'armée pour trouver un algorithme qui permette de savoir tout ce qui avait été fait à un patient précis sans jamais pouvoir retrouver son nom. Lors de l'extension du champ du PMSI à tous les établissements, le chaînage a été arrêté. Heureusement il a rapidement été repris et est disponible pour tous les établissements MCO quel que soit leur statut. Cet outil devrait rendre d'immenses services en termes de connaissance des pathologies et des parcours patients. A ce jour, les données disponibles n'ont encore jamais servi officiellement, les données étant insuffisamment exhaustives pour la DHOS puis pour l'ATIH. On a ici, près de 20 ans après, la première utilisation connue du "chaînage". Elle est restreinte aux seuls patients d'un établissement : l'ATIH n'a cherché ici qu'à éviter de compter deux fois un patient qui serait passé dans plusieurs services d'un même établissement.
- ⁸ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- ⁹ Agence régionale de l'hospitalisation
- ¹⁰ Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
- ¹¹ Centre de lutte contre le cancer
- ¹² Centre hospitalier
- ¹³ Circulaire N° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé - Validée par le CNP le 11 mars 2011 - Visa CNP 2011-57 - NOR : ETSH1109356C - Classement thématique : Etablissements de santé - Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.
Cf. mail UNHPC 11/196 du 2 avril 2011 et le "Mémo cancer circulaire tarifaire 1-4-11 V2.pdf" que nous avons fait et circularisé par mail (v2) UNHPC 11/247 du 24 avril 2011
- ¹⁴ Centre de coordination en cancérologie : depuis la Circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, la fonction qualité des établissements autorisés à prendre en charge des malades du cancer doit être formalisée dans un "3C" qui peut être soit propre à l'établissement soit commun à plusieurs établissements. Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Cahier des charges des Centres de coordination en cancérologie (3C) - mesure 32 du plan cancer - "*Il s'adresse aux établissements de santé et aux centres de radiothérapie autorisés en cancérologie*". "*Le terme de 3C a vocation à se substituer à celui d'Unité de Coordination Pluridisciplinaire en Oncologie (UCPO)*".
- ¹⁵ Dispositif d'annonce
- ¹⁶ Réunion de concertation pluridisciplinaire
- ¹⁷ Assistance publique - hôpitaux de Paris
- ¹⁸ Malgré de nombreuses demandes, il a fallu attendre fin mai pour avoir des données sur la méthodologie finalement retenue par l'ATIH pour calculer la file active. Cf. la note méthodologique concernant "*le calcul de la file active de patients considérés pour le calibrage de la MIG cancer*" publiée par l'ATIH dans la série de ses "fiches techniques". Cette note est non datée. Nous l'avons circularisée, dès réception, par mail UNHPC 11/308 du 24 mai 2011. Malgré cette note de nombreuses questions demeurent.
- ¹⁹ Dotation globale
- ²⁰ Département de l'information médicale ou directeur de l'information médicale
- ²¹ Programme de médicalisation des systèmes d'information
- ²² Médecine - chirurgie - obstétrique
- ²³ Groupe homogène de malades
- ²⁴ Institut national du cancer
- ²⁵ Note méthodologique ATIH : 1. *Objectif : Les modalités de répartition de la MIG nécessitant de connaître le nombre de patients atteints de cancer et soignés en établissement, reposent sur les données d'activités 2009. Ainsi, la base utilisée est la base de données du PMSI MCO 2009 selon la version 11 du groupage des GHM. De plus, les différents modes de traitement du cancer sont distingués : chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie pour cancer. Seuls les établissements sous T2A sont concernés, qu'ils soient publics ou privés. Compte tenu qu'il s'agit de dénombrer un nombre de patients, les informations relatives au chaînage des patients sont utilisées.*
- ²⁶ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- ²⁷ Haute autorité de santé (remplace l'ANAES depuis le 01/01/2005)
- ²⁸ Dans le cadre des procédures d'accréditation puis de certification des établissements de santé
- ²⁹ Coefficients géographiques : Corse : 1,05 ; Ile de France : 1,07 ; Guadeloupe : 1,25 ; Réunion : 1,30
- ³⁰ Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
- ³¹ Union régionale des professionnels de santé
- ³² Les chimiothérapies sont toujours payées selon la NGAP. Les médecins sont donc payés pour l'acte infirmier de l'injection. Ex. : *Chimiothérapie anticancéreuse dans le cadre d'une structure à compétence carcinologique - Séance de perfusion de substances antimétaboliques, quels que soient le ou les produits utilisés : - perfusion courte (« bolus »), par séance d'une durée inférieure à six heures : 15 €.* La réforme mise au point avec les services de la CNAM n'ayant pas encore été mise en place, le Plan Cancer 2003-2007 précisait dans le droit fil de ce qui avait été préparé (mesure 51 action 1) : "*Améliorer, dans le cadre de la mise en place de la CCAM, la cotation de certains actes de cancérologie libérale : • faire évoluer l'acte de surveillance d'une chimiothérapie vers un acte intellectuel de supervision d'un protocole de chimiothérapie, dont le tarif devra être incitatif à la pratique pluridisciplinaire*"
- ³³ Etablissements de santé privé d'intérêt collectif (remplacent les PSPH - Etablissements de santé privé participant au service public hospitalier - depuis 2009). Ils sont représentés par la FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne).

Les politiques prendraient-ils conscience des dégats du système de rémunération ouvrant droit aux dépassements d'honoraires ?

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/22

Date de parution : lundi 6 juin 2011

Sujet : **Publications américaines, dépassements, formation**

Mots types : IOM - USA - Chirurgie lourde - NEJM - Volume d'activité - Asclépiades - G. Bapt - Ch. Descours - J. L. Prél - X. Bertrand - Dépassements - Internes - Stages - Formation

Année 2011 - p. 79/210

Nous signalons souvent d'excellentes **publications américaines en provenance de l'IOM** (Institute of medicine of the national academies)¹.

L'IOM ce sont entre autres les anciens et incontournables "To err is human" (2000) et "Crossing the quality chasm" (2001) mais aussi les très récents "Finding What Works in Health Care: Standards for Systematic Reviews", "Clinical Practice Guidelines - We Can Trust", "The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes", "Nanotechnology and Oncology" ou "The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health"...

Beaucoup de ces ouvrages étaient téléchargeables en press. Depuis cette semaine the National Academies Press qui les publie fait savoir que l'intégralité de ses publications (plus de 4.000 ouvrages) sera **téléchargeable gratuitement et par tous**². Sa directrice affirme en annonçant cette nouvelle que son "modèle économique a évolué de telle façon que cela lui est maintenant possible". "C'est une merveilleuse occasion d'avoir un impact positif et plus efficace en partageant nos connaissances et nos analyses." La NAP pense passer de 700.000 téléchargements cette année à plus de 3 millions en 2013.³ Parmi eux donc, l'intégralité de ce que produit l'IOM.

Nous ne pouvons que nous en réjouir, mais cela donne aussi la mesure de la capacité d'influence des USA, de la faiblesse de l'Europe, et de ce qui nous attend lorsque le chinois s'imposera ! En attendant, l'anglais continuera d'étendre son règne et la réforme de la grammaire française n'est pas à l'ordre du jour...

Bonnes lectures néanmoins à tous ceux qui auront la bonne idée d'aller visiter cette magnifique librairie, dorénavant gratuite !

Une vaste étude concernant la chirurgie très qualifiée a été publiée cette semaine par le **New England Journal of Medicine**⁴. Elle porte sur **dix ans d'activité chirurgicale aux USA (1999 à 2008)** selon les données de Medicare concernant huit interventions chirurgicales cardiovasculaires ou pour cancer. On se dit que parfois ces vastes et coûteuses études ne débouchent pas sur grand-chose d'autre que du déjà connu. Souvenons-nous par exemple de l'immense étude de la CNAM (35.000 dos-

siers, la totalité des cliniques et hôpitaux français, des centaines de médecins conseils mobilisés...) pour savoir si la chirurgie ambulatoire c'était en France comme partout, plus sûr, moins cher, et plus satisfaisant pour les patients⁵... On aurait tort pourtant de ne pas y prêter attention. Elles nous sont indispensables car elles constituent un nécessaire et précieux encouragement à poursuivre les efforts pour toujours plus de qualité, de sécurité, d'efficacité, à se maintenir individuellement et collectivement en tension sur ces sujets importants.

Il en est ainsi pour les conclusions de cette étude.

"La mortalité opératoire de la chirurgie à haut risque a sensiblement diminué au cours de la précédente décennie. La concentration accrue du marché et l'augmentation du volume d'activité ont contribué à la baisse de la mortalité liée à des opérations à haut risque pour cancer. Pourtant cette baisse de mortalité reste due en grande partie à d'autres facteurs pour les autres types d'opérations à hauts risques étudiés.

Ces résultats sont encourageants car ils soulignent une tendance à plus de sécurité en chirurgie. Il reste que plusieurs dizaines de milliers de patients meurent chaque année de suites opératoires. Les grands écarts qui existent entre hôpitaux en termes de résultats montrent qu'il y a encore des marges d'amélioration. Pour quelques actes chirurgicaux à hauts risques où la relation résultat-volume est patente (pancréatectomie, œsophagectomie...) la concentration de l'activité doit se poursuivre. Toutefois, pour la plupart des autres actes de chirurgie à hauts risques, des stratégies de type mise en œuvre de check-lists, de tableaux de bord de résultats médicaux, de retour d'expérience, de démarches collectives d'amélioration de la qualité sont susceptibles d'être plus efficaces que la seule orientation du patient en fonction du volume d'activité.

Les payeurs, les décideurs politiques et les organisations professionnelles devraient donner la priorité aux programmes potentiellement aptes à réduire la mortalité quel que soit le contexte."

Au fait, c'est pour quand la sortie des décrets portant nouveau dispositif d'autorisation pour les activités de médecine et de chirurgie en France ?



Gérard Bapt, député, socialiste, très actif sur les questions de santé, auteurs de nombreux rapports (on se souvient entre autres de son rapport sur l'INCa), Président de la mission d'information de l'Assemblée Nationale sur le **Médiator et la pharmacovigilance** a été cette semaine l'invité de Décision Santé dans le cadre des entretiens réguliers dits "Asclépiades"⁶. Disons-le tout de suite, cet entretien était hors norme, car en ces temps difficiles pour les "politiques", il a permis de rencontrer un élu aussi compétent sur le fond qu'humble sur la forme, ouvert aux suggestions et respectueux des champs de compétences de chacun. Un moment rare. Le sujet était pourtant tout à la fois difficile et miné puisqu'il s'agissait justement pour lui de plancher sur l'affaire du Médiator et sur la pharmacovigilance. On le sait, mais il est toujours revigorant de constater qu'au-delà des clivages d'opinion, il existe toujours des "politiques" qui font honneur à leur profession et qui, en plus, sont compétents et rigoureux sur leur champ d'intervention.

Pourtant ce ne sont pas les propos de Gérard Bapt sur le Médiator que nous soulignerons ici. Sur une question tout autre, il a été amené à constater deux choses :

- sur le "projet socialiste" qui dit vouloir "*recentrer le système sur l'hôpital*" il tranche en disant que du point de vue de la réalité et des besoins du pays : "*ce n'est pas ça du tout...*". Ouf ! Bon courage Monsieur le Député pour ce qui vous attend avec vos amis...
- sur les **dépassements d'honoraires** il constate : "*qu'ils vont finir par tuer la médecine libérale*".

A notre connaissance c'est la première fois qu'un élu ose dire en public ce qui est une évidence, devenue maintenant de court terme. A la sortie de ces "Asclépiades", alors que nous le félicitons pour cette prise de position en l'encourageant à intervenir sur ce sujet de plus en plus difficile pour en effet "sauver la médecine libérale" de l'impasse dans laquelle on la met, une voix forte s'imposa en disant "*il a raison !*". Il s'agissait de Charles Desjours ancien sénateur et ancien secrétaire de la Commission des affaires sociales du Sénat, membre du RPR et toujours actif sur les questions de santé lui aussi. Avancerait-on dans la prise de conscience commune du danger, des effets pervers et de l'urgence ? On se prenait à l'espérer.

La lecture des débats à l'Assemblée de ce mardi 31 mai⁷ ramène pourtant à la triste réalité. Au nom du Nouveau Centre, le député Jean-Luc Préel pose la question et situe le contexte : "*Ce problème est fondamental si nous voulons maintenir un système de santé solidaire accessible à tous. Il ne se poserait pas si les actes, les consultations étaient revalorisés régulièrement, si la CCAM clinique était mise en place, si la CCAM technique était révisée régulièrement. [...] allez-vous, dans le cadre des*

discussions conventionnelles, œuvrer pour un accord indispensable et permettre l'accès de nos concitoyens à des soins remboursés ?"

Les choses sont dites.

La suite est plus décevante. Un ministre habile qui esquivé, les quelques députés de l'opposition qui interviennent le font plus pour chahuter que pour construire. "*Nous verrons si, oui ou non, nous parviendrons à un véritable consensus politique*" dit entre autres le Ministre Xavier Bertrand. Il le faut Messieurs et Mesdames les élus, Messieurs et Mesdames les responsables. Dit comme ça, si on se contente de regarder, nous ne verrons rien que le désastre. Il faut d'urgence bâtir ce consensus national, au risque en effet de priver la nation de la médecine libérale et des services indispensables qu'elle rend à nos concitoyens !

Le Monde du 28 mai dernier a publié un très long et passionnant entretien intitulé "*Zizek-Sloterdijk, duel de penseurs majeurs*" et portant sur "*La crise d'avenir de l'Occident*"⁸. Slavoj Zizek y décrit quatre "*cavaliers de l'Apocalypse*" qui sont, selon lui, en train de décimer nos sociétés :

- le déni ("cela ne peut pas m'arriver"),
- le marchandage ("laissez-moi encore un peu de temps"),
- la dépression ("de toute façon on n'y peut rien"),
- l'acceptation ("on va dans le mur, autant s'y préparer").

Concernant les dépassements, ces cavaliers arrivent en effet à grand galop. Raison de plus pour faire en sorte de les éviter, de les détourner, de leur donner tort. Il est encore temps ! Il suffit en effet de bâtir le "*consensus politique*". Les bases en sont connues. Les bonnes volontés ne manquent pas. Il faut maintenant agir, d'urgence. La lucidité l'impose.

Cette semaine il aurait fallu signaler aussi, entre autres, la parution de l'Arrêté du 24 mai 2011 relatif aux **conventions permettant l'accueil d'internes** effectuant des stages en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement⁹. Les choses se mettent donc en place. La formation des internes dans les structures privées devient possible. Il s'agit là d'une révolution. Une partie de notre avenir dépend de notre capacité à investir ce champ de la formation. Beaucoup reste à faire, mais la porte juridique est enfin ouverte. Certains la franchissent déjà avec succès. Cette semaine, par exemple, l'équipe du Centre Jean Bernard et de la Clinique Victor Hugo au Mans. Bravo et grand merci aux pionniers !

- ¹ Cette année, cf. en particulier :
Perspectives on Biomarker and Surrogate Endpoint Evaluation: Discussion Forum Summary (mail UNHPC 2011/045 du 22 janvier 2011)
Nanotechnology and Oncology – Workshop Summary (mail UNHPC 2011/113 du 26 février 2011)
The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes (mail UNHPC 2011/115 du 26 février 2011)
Building a National Framework for the Establishment of Regulatory Science for Drug (mail UNHPC 2011/141 du 8 mars 2011)
- ² The National Academies Press makes all PDF books free to download: As of today all PDF versions of books published by the National Academies Press will be downloadable to anyone free of charge. This includes a current catalog of more than 4,000 books plus future reports produced by the Press. - June 2, 2011.
 Site des National academies : <http://www.nationalacademies.org/>
 Site de l'IOM : <http://www.iom.edu/>
- ³ Cf. News from the National Academies : http://www8.nationalacademies.org/onpinews/newsitem.aspx?RecordID=06022011&utm_medium=etmail&utm_source=Institute%20of%20Medicine&utm_campaign=06.02.11+News+-+NAP+Makes+All+PDFs+Free&utm_content=News%20Releases&utm_term=Non-profit
- ⁴ Jonathan F. Finks, M.D., Nicholas H. Osborne, M.D., and John D. Birkmeyer, M.D. - *Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery* - Special article - The New England Journal of Medicine - N Engl J Med vol.364 n°22, p. 2128-2137 - June 2, 2011 - <http://www.nejm.org/>
- ⁵ En fait cette étude a permis d'aller beaucoup plus loin que prévu compte tenu de la richesse des informations recueillies.
 Cf. la série (www.ameli.fr) :
- CNAMTS, CCMSA, CANAM, "Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire" *Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003*
 - CNAMTS, CCMSA, CANAM, "Dépenses de l'assurance maladie : étude comparative entre les prises en charge ambulatoire et hospitalisation complète en 2001" *Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003*
 - CNAMTS, CCMSA, CANAM, « Etat des lieux et typologies des établissements de santé en 1999 » *Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003*
 - CNAMTS, CCMSA, CANAM, "Freins et leviers : enquête d'opinion auprès des professionnels d'établissements de santé en 2001" *Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003*
 - CNAMTS, CCMSA, CANAM, "Evaluation du potentiel de substitution pour les 18 gestes marqueurs en juin 2001" *Programme National Inter-Régimes, Paris, octobre 2003*
 - CNAMTS, "Observatoire national chirurgie ambulatoire : typologies des établissements de santé en 2001", *CNAMTS, Paris, novembre 2004*
- ⁶ Site de Décision santé : <http://decisionsante.com/>
 Vidéo disponible sur : <http://videos.decisionsante.com/les-asclepiades.php?c=iLyROoafYZfp&s=iLyROoafzimY&a=anchor-iLyROoafYZfp#anchor-iLyROoafYZfp>
- ⁷ Compte rendu intégral sur le site de l'Assemblée : http://www.assemblee-nationale.fr/13/cr/2010-2011/20110195.asp#P239_33697
- ⁸ Dossier : Zizek-Sloterdijk, *duel de penseurs majeurs - La crise d'avenir de l'Occident : de la faillite d'une économie fondée sur le crédit à l'affaire DSK, rencontre inédite entre les deux philosophes parmi les plus lus et traduits en Europe* (Nicolas Truong) - *Le face-à-face Peter Sloterdijk Slavoj Zizek : collectives ou individuelles, politiques ou spirituelles, les idées-force de deux penseurs iconoclastes afin d'éviter les impasses de la globalisation* (Propos recueillis par Nicolas Truong) - Le Monde du 28.05.11 pp. 1 et 22-23
- ⁹ Cf. mail UNHPC 11/325 du 3 juin 2011

*Les cultures sont différentes,
les systèmes sont différents,
mais les problèmes
sont souvent
les mêmes*

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/23

Date de parution : lundi 13 juin 2011

Sujet : **Miviludes, Innovation, Soigner le système**

Mots types : MIVILUDES - Médecines non conventionnelles - Sectes - Apple - Innovation - USA - Systèmes de santé - Capacité de réforme - Prospective - E. Couty - Assises du médicament - CNAM - DGOS

Année 2011 - p. 82/210

Il y a un an lorsque nous avons été invités par la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (**MIVILUDES**) pour évoquer une action de sensibilisation des patients atteints de cancer aux risques de certaines pratiques de soins¹, nous étions un peu dubitatifs. La plupart d'entre nous se sentaient peu concernés, pensaient que les "sectes" s'attaquaient surtout aux vulnérabilités mentales et sociales, mais que le cancer ne pouvait en être une cible. Nous avons tort². Ce que nous a fait connaître la MIVILUDES a stupéfait la plupart des participants au petit groupe de travail sollicité (associations de patients, fédérations hospitalières et conseil national de l'Ordre des médecins). Il était évident qu'il fallait faire quelque chose pour alerter et pour contrer l'expansion des pratiques non conventionnelles à visée thérapeutique, de méthodes de traitement non validées scientifiquement qui sont dangereuses, voire mortifères.

Mais nous apprenions aussi les très faibles moyens de la MIVILUDES. En attendant d'autres initiatives à venir de la DGS³, la seule possibilité était de faire une campagne d'affichage dans les cabinets médicaux⁴. Encore a-t-il fallu convaincre l'INCa, ce fut sans difficulté il est vrai, de financer cette petite opération "**Cancers, attention aux traitements miracles**"⁵. Il faut prendre cette opération très au sérieux et la relayer. Elle ne vient en rien en contradiction avec le rapport d'orientation de la HAS paru cette semaine et préconisant d'améliorer le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses, en particulier pour les maladies chroniques. Ce sont deux sujets bien différents.

En matière de thérapeutiques "nouvelles", alternatives à la médecine "officielle", ce qui est proposé aux patients vulnérables et à leur entourage passe l'entendement. Internet joue un rôle important. Dissuader les patients qui ont été "accrochés" est difficile. Il faut éviter la diabolisation et tout ce qui pourrait apparaître comme une intervention violente ou potentiellement agressive⁶. Mais il faut oser parler, prévenir, soutenir ceux qui sont vulnérables. Rappeler que le double avis est un droit. Il faut aussi informer nos équipes du contenu de ce type de proposition. Qui ne soupçonne pas le danger ne peut le prévenir. Le danger existe. Il faut le connaître et le faire savoir.

Lors de nos congrès ou dans beaucoup de discours ou d'articles, nous entendons dire que le changement est extrêmement rapide en médecine, que l'**innovation** y est permanente. Nous savons pourtant que, sauf exception dans les domaines où l'informatique règne ou en oncologie médicale compte tenu des colossaux budgets de recherche des laboratoires, cette affirmation est fautive. Chez nous, le temps est long. Les choses bougent très lentement. De plus, ce que nous appelons changement est souvent dû aux modifications incessantes de la réglementation. Mais peut-on taxer d'innovation ce qui ressort de l'adaptation à la réglementation changeante ?

Pour se convaincre de la rapidité du changement et de la puissance de l'innovation dans d'autres secteurs il suffisait cette semaine de visionner la **conférence d'Apple** dénommée "Keynote" qui a eu lieu à San Francisco⁷. Bien sûr il y a une part de spectacle (même s'il est bon...). Bien sûr une bonne partie des 5.200 développeurs présents est convaincue d'avance (encore qu'il s'agit de leur gagne-pain). Bien sûr cela fait partie de la publicité d'une firme maintenant devenue très puissante. Bien sûr... Il n'empêche. En visualisant cette conférence sur ce qui va nous être proposé dans les trois mois, on reste abasourdi devant la vitesse de l'innovation, on reste pantois sur l'immensité du travail qui est fait par des équipes soumises à la violence d'une concurrence acharnée et mondiale, stupéfait par la maîtrise logistique que cela suppose, les prises de risques qui sont assumées. On sait que les autres concurrents vont aussi vite, que chacun joue tous les 6 mois la pérennité de son entreprise, de son boulot. Il n'y a pas si longtemps, dans les écoles de gestion, les exemples venaient de l'industrie automobile qui devait produire 1.000 véhicules d'un même modèle par jour pour espérer capter le minimum d'économie d'échelle nécessaire. Ici on parle en millions de matériels, de comptes gérés...

Non, nous n'avons aucune idée de la vitesse du changement dans ces secteurs d'activité. Décidément nos problèmes sont simples. Simplissimes sans doute. Le plus souvent, nous sommes protégés par une vitesse d'escargots en matière d'innovation. Cela ne contredit pas le fait que nos problèmes sont complexes au sens où il faut, pour les résoudre, articuler différentes logiques. Cela ne signifie pas que leur portée est moindre. Soigner est presque aussi important que nourrir, loger ou procurer du travail. Ça



l'est plus que de fournir des ordinateurs performants et de simplifier la cyber communication. Notre impact en termes de dette est plus fort et l'équilibre de nos sociétés en dépend. Mais pour revenir à ce spectacle, quel privilège pour nous d'être préservés de ces bourrasques d'innovations, d'être aussi au calme pour affronter l'avenir ! Qu'attendons-nous ?

En matière de santé, lorsque nous nous comparons aux **USA**, nous sommes face à un paradoxe. Comparé au nôtre, leur système de santé est mauvais, parfois très mauvais, et, de plus, très cher. Pourtant, lorsqu'il s'agit de penser aux améliorations, lorsqu'il s'agit de **poser les problèmes pour trouver des solutions**, on a souvent l'impression qu'ils sont meilleurs que nous. Sans angélisme, les groupes de pression y sont aussi forts et sans doute plus diversifiés que chez nous, il nous arrive souvent d'envier leur pragmatisme, leur capacité à se mettre en face de la réalité, leur liberté de propos là où nous nageons dans les phénomènes de cour et les conflits d'intérêts. Nous avons souligné l'intérêt des travaux sur le futur des métiers de l'oncologie médicale initiés entre autres par l'IOM⁸. Nous évoquons il y a peu le numéro spécial de HealthAffairs des dix ans de "*To err is human*"⁹. Dans nos mails, nous avons signalé une série d'articles parus ces 15 derniers jours dans le prestigieux *New England Journal of Medicine*. Cela vaut la peine d'en rappeler quelques aspects.

L'apparition du **Payment advisory board** nous rappelle notre Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie, mais le souci qu'il porte est novateur : défendre la société des "*tentations des politiques*" de gérer la dette selon leurs intérêts et non l'intérêt général. Une "*bonne idée*" de la part du législateur américain, comme le dit l'auteur ?¹⁰

Le modèle nouveau des ACO (**Accountable care organization**) qui cherche à dépasser les limites autant qu'à développer les avantages du paiement à l'acte comme de la capitation, est à surveiller de près.¹¹

La réflexion sur l'**oncologie médicale** se poursuit. Nous avons, cette semaine dans le NEJM, une proposition¹² qui cherche à articuler la nécessaire maîtrise des coûts avec l'accessibilité aux innovations et avec des conditions cohérentes d'organisation et de rémunération pour les oncologues. Sur ce dernier point, notons que les oncologues médicaux se classent maintenant, aux USA, parmi les spécialités les mieux rémunérées. L'auteur attire cependant l'attention sur la nécessité de découpler cette rémunération des séances de chimiothérapie pour mieux valoriser l'acte intellectuel. Eh oui ! La réforme du K15¹³ est prête chez nous depuis plus de dix ans, tout le monde la soutient, le Plan Cancer 2003-2007 en faisait une obligation. D'où vient l'incapacité de nos Tutelles à passer aux actes ? Chez nous il n'y a plus que l'Académie de Médecine pour oser une réflexion sur les conditions de l'avenir de l'oncologie médicale¹⁴. Nous la soutenons dans ses démarches, mais cela reste bien faible.

Nous savons tous l'injustice et la violence du système américain. Nous savons moins que les experts estiment

maintenant que la proportion de gens mal soignés est maintenant la même en France et aux USA. Le repérage des **freins à l'accessibilité** est donc fondamental. En France, le Pr Grünfeld nous a permis de désidéologiser la question des inégalités d'accès en cancérologie. Le NEJM pose la question de savoir d'où vient tant d'énergie pour garantir l'inaction ? Elle vaut chez nous aussi. Malgré la distance, les comportements sont souvent proches mais l'économie comportementale est encore dans les limbes de ce côté de l'Atlantique.¹⁵

Le NEJM propose aussi une réflexion sur le **concurrency fictive et les incitatifs**. Cette réflexion est au point mort en France depuis les années 90 où elle avait été au cœur du sauvetage du PMSI¹⁶ et de ce qui allait devenir la T2A¹⁷. Nous avons l'outil. Nous n'avons plus de chauffeur ni de cap. Pourtant, comme le dit le NEJM, "*la stratégie la plus efficace pour réduire les dépenses de santé est une réforme fondamentale des incitatifs destinés aux patients et de ceux destinés aux professionnels de santé*".¹⁸

Si les Etats Unis baissaient de 3 % du PIB¹⁹ leurs dépenses de santé, la part qu'ils y consacraient pour le système de soins resterait supérieure à ce qu'elle est en Europe. Les marges de manœuvre pour améliorer le système seraient considérables (640 milliards de dollars). Le NEJM cherche à comprendre le **logique des freins** mis en place par de nombreux acteurs pour éviter d'améliorer l'efficacité du système. Paradoxalement pour nous, il en tire la conclusion que le seul catalyseur crédible serait le corps médical. Depuis quelques années nous nous organisons sur le postulat inverse. La confrontation des points de vue est nécessaire et stimulante.²⁰⁻²¹

En matière de soins palliatifs, le **New York's Palliative Care Information Act** pose la question de savoir si la réglementation peut s'immiscer partout dans la pratique médicale, en particulier sur les modalités du colloque singulier, sans risquer de biaiser la pratique, de générer des effets pervers. Les réflexions du NEJM sont étrangement proches de celles que faisait valoir l'UNHPC lors de l'institutionnalisation du dispositif d'annonce. Les modalités d'organisation ne sont pas neutres sur la capacité à atteindre les objectifs...²²

Depuis fin mars, la nouvelle réglementation de la FDA relative aux **déclarations d'événements indésirables lors des essais cliniques** est entrée en vigueur. Elle renforce le rôle des promoteurs et repose donc pour une part sur la confiance dans les laboratoires. Elle simplifie les déclarations. Surtout, elle part du constat qu'il faut déclarer tous les événements indésirables car l'équipe chez qui ils ont eu lieu n'a pas la capacité de juger s'il est significatif. Il faut pour cela faire un travail statistique centralisé. Rappelons que c'était la position de l'UNHPC lors de la mise en place du système de l'ASN²³, sans oublier que les Américains savent protéger leurs déclarants. Le débat reviendra forcément chez nous et les conséquences organisationnelles devront en être tirées. L'expérience des autres pays continuera de nous être précieuse.²⁴

Il faut bien le dire, sur des délais aussi courts, nous ne trouvons pas une telle richesse de réflexions pour l'action dans nos revues françaises. Il faut donc lire l'anglais

et... traduire dans nos systèmes ce qui peut l'être pour affronter notre propre avenir tout en gardant jalousement nos principes, notre avance en termes de qualité et d'efficacité de système.

Edouard Couty a bien voulu réserver ses premiers commentaires sur le rapport qu'il va tirer des **Assises du médicament**²⁵ aux "Auditions privées" organisées par Décision Santé pour la FHP²⁶. Selon la lettre de mission du Ministre, les Assises avaient pour mission de rendre "*plus sûr, plus éthique, plus transparent, plus réactif et plus efficace*" le circuit du médicament, "*afin de restaurer la confiance dans le système de sécurité sanitaire des produits de santé*". Les travaux des six groupes de travail ont été importants, tant en termes d'analyse que de propositions ou de débats. Tout sera repris. Le rapport Couty sera donc très volumineux, mais il comportera aussi une synthèse de 30 pages. Il sort avant beaucoup d'autres rapports : celui de la mission d'information de l'Assemblée Nationale, celui de la même mission au Sénat, un autre de l'IGAS, celui de la mission de l'Assemblée sur les agences sanitaires...

Edouard Couty a insisté sur les problèmes spécifiques de la circulation de l'information. Ce n'est pas nouveau mais ce n'en est pas moins important. L'information sert à soigner le système autant que le malade. Elle compte chez nous comme dans beaucoup d'autres secteurs d'activité comme facteur de production essentiel. Si le Mediator nous amène à évaluer sereinement ce qui a été fait et ce qui reste à faire en la matière, cette catastrophe nous aura aidés.

Edouard Couty a bien sûr abordé bien d'autres sujets fondamentaux, en particulier celui du DPC²⁷. Tout cela sera repris et commenté.

Ici, nous voudrions souligner plus particulièrement deux points :

- Au-delà de l'expérience, de la compétence et de la capacité de discernement qu'ils dénotaient, les propos

d'Edouard Couty frappaient par leur humilité et leur sagesse. En ces moments de crise et de préparation électorale, ces qualités sont éminemment précieuses. "*Je ne suis pas le rapporteur du Ministre mais des Assises*". "*Je ne suis pas partisan du mécano institutionnel perpétuel, le problème ce sont les pratiques et les hommes*".

- Le second point était plus troublant. A aucun moment dans son intervention, pas plus d'ailleurs que dans les quelques questions qui lui ont été posées ou dans les réponses qu'il y a apportées, Edouard Couty n'a cité la Sécurité Sociale. Une fois de plus nous constatons que le débat institutionnel est biaisé par la lutte de pouvoir entre l'Etat et la Sécurité Sociale. Nous en souffrons tous les jours. Pourtant sur la question du circuit du médicament et de l'utilisation du médicament, la Sécurité Sociale est un acteur de premier rang, en particulier par sa capacité d'information. L'actualité, deux jours après, nous le confirmait. L'Afssaps²⁸ a en effet décidé de suspendre la commercialisation des antidiabétiques de type 2 à base de pioglitazone en raison d'un rapport bénéfices/risques jugé défavorable à cause d'une faible augmentation du risque de cancer de la vessie. Sur quelles bases ? Sur la base d'une étude pharmaco-épidémiologique menée par la CNAMTS²⁹ à partir de données du système national inter-régimes (Sniiram³⁰) chaînées avec celles du PMSI. Par parenthèse, une fois de plus constatons-le ici : quel formidable outil ! On peut comprendre les raisons de la lutte de pouvoir entre la DGOS³¹ et la CNAM. Mais pourquoi un tel silence sur cette guerre stupide et préjudiciable à tous ? Pourquoi les politiques n'en tirent-ils pas les conclusions nécessaires ? Peut-on suggérer à nos responsables de commander un rapport sur ce sujet ? Ce serait un bienfait pour le fonctionnement de notre système, pour les patients et pour nous tous.

¹ Dès son rapport annuel 2009, Georges Fenech son Président avait indiqué devoir faire face à une "*explosion de l'offre pseudo-thérapeutique*" non conventionnelle, "*aux conséquences parfois dramatiques*".

² La "Vérité sur le Cancer" dit par exemple qu'il faut se soigner avec des vitamines, le docteur André Gernez préconise un "*protocole de prévention active*" qui se traduit par une mise en acidose de l'organisme via un jeûne relatif, d'autres un régime alimentaire, de l'herboristerie, le Cercle du Graal préconise une thérapie par les dauphins... Il y a pléthore d'offres, parfois chères du point de vue de la contribution financière demandée.

³ Direction générale de la santé - Ministère de la santé

⁴ La MIVILUDES demande aussi au ministère de la justice que les peines prononcées par les tribunaux pour exercice illégal de la médecine soient plus sévères. Elle veut développer un programme européen sur les pratiques non conventionnelles dans le secteur de la santé dans le but d'harmoniser les méthodes entre les pays européens.

⁵ Cf. mail UNHPC n° 11/337 du 10 juin 2011 et ses deux pièces jointes. Ces outils (affichette et dépliant 3 volets) supports de l'action de prévention des risques de dérives sectaires dans le domaine du cancer peuvent être commandés sur www.e-cancer.fr/diffusion ou par mail, via diffusion@institutcancer.fr

⁶ En fait c'est la violence des groupes concernés contre la MIVILUDES qui dit beaucoup sur ce qu'ils sont. Extraits : "*La MIVILUDES est une institution coûteuse, qui défend des valeurs odieuses d'intolérance et de pensée unique, qui crée des problèmes et favorise la peur dans la population, au détriment d'une réelle santé sociale de notre pays.*" Jean Langlais - Dimanche 5 Septembre 2010 Sapientia le Portail de la Liberté de Conscience. (Relevé le 12-6-1)

- « Cette organisation inspire une peur profonde dans la psyché de certains Français ». « De telles situations, scandaleuses dans une démocratie, ne font que nous confirmer l'absolue nécessité de remplacer ces « missions » gouvernementales, et leurs « cellules » régionales qui s'apparentent à des milices de dictatures dans leurs actions, par un observatoire neutre. » Centre d'Information et de Conseil des Nouvelles Spiritualités (CICNS) à propos "d'Aigle Bleu" dont il est dit « qu'il est un Amérindien du Canada, « guérisseur spirituel » de La Ligue de Nations indiennes d'Amérique du Nord. Il vient en France proposer des stages dont le contenu est dénoncé par les autorités. » (Relevé le 12-6-1)
- 7 The Apple Worldwide Developers Conference (WWDC) - 6 au 10 juin 2011 - San Francisco - La conférence inaugurale peut être visionnée sur <http://events.apple.com.edgesuite.net/11piubpwiqubf06/event/>
- 8 Cf. mail UNHPC n° 09/187 du 10 mai 2009 au sujet du séminaire intitulé : "Ensuring Quality Cancer Care Through the Oncology Workforce: Sustaining Care in the 21st Century", séminaire organisé par le National Cancer Policy Forum of the Institute of Medicine (IOM) américain.
Cf. aussi notre article consacré à ce séminaire : *Les USA s'inquiètent de leur capacité à prendre en charge les patients atteints du cancer dans 20 ans... Ont-ils raison ?* - Le Nouveau Cancérologue Volume 2 - N° 1 Janv.fév.mars 2009 pp. 17-20
- 9 Numéro spécial de HealthAffairs intitulé "Still crossing the quality chasm" (Nous sommes encore en train de traverser le gouffre de la qualité) et le "Policy Brief" qui l'accompagnait et qui résumait 10 ans de politique qualité et gestion du risque dans les établissements de santé aux USA. Cf. notre mail UNHPC n° 11/248 du 24 avril 2011
- 10 Henry J. Aaron, Ph.D. - *Perspective: The Independent Payment Advisory Board - Congress's "Good Deed"* - The New England Journal of Medicine - 10.1056/nejmp1105144 - www.nejm.org
- 11 Paul B. Ginsburg, Ph.D. - *Perspective: Spending to Save - ACOs and the Medicare Shared Savings Program* - The New England Journal of Medicine - n engl j med 364;2 - june 2, 2011 - p. 2085-2086 - www.nejm.org
"The most effective strategy for reducing health care expenditures is fundamental reform of the incentives provided to both patients and health care professionals." p. e44(1)
- 12 Thomas J. Smith, M.D., and Bruce E. Hillner, M.D. - *Bending the Cost Curve in Cancer Care* - The New England Journal of Medicine - n engl j med 364;21 - p. 2060-2065 - may 26, 2011 - www.nejm.org
Les auteurs développent 10 propositions :
- 5 propositions pour "changer le comportement des oncologues" :
 1. Target surveillance testing or imaging to situations in which a benefit has been shown.
 2. Limit second-line and third-line treatment for metastatic cancer to sequential monotherapies for most solid tumors.
 3. Limit chemotherapy to patients with good performance status, with an exception for highly responsive disease.
 4. Replace the routine use of white-cell-stimulating factors with a reduction in the chemotherapy dose in metastatic solid cancers.
 5. For patients who are not responding to three consecutive regimens, limit further chemotherapy to clinical trials.
 - 5 propositions pour "changer les attitudes et les pratiques" :
 1. Oncologists need to recognize that the costs of care are driven by what we do and what we do not do.
 2. Both doctors and patients need to have more realistic expectations.
 3. Realign compensation to value cognitive services, rather than chemotherapy, more highly.
 4. Better integrate palliative care into usual oncology care (concurrent care).
 5. The need for cost-effectiveness analysis and for some limits on care must be accepted.
- 13 Lettre clef la plus courante pour les honoraires d'une séance de chimiothérapie. L'oncologue est payé comme s'il faisait l'acte infirmier de l'injection.
- 14 Cf. notre mail UNHPC n° 11/179 du 27 mars 2011 et le rapport de l'Académie "Mise au point sur la prescription des molécules onéreuses en cancérologie : informations sur la prescription des molécules onéreuses en cancérologie" ainsi que la chronique qui a suivi : n° 11/12 du lundi 28 mars 2011 (*Coût de l'innovation, efficacité du système*). Les travaux en cours devraient déboucher sur d'autres propositions.
- 15 Sara Rosenbaum, J.D. - *Perspective: Medicaid and Access to Health Care - A Proposal for Continued Inaction?* - The New England Journal of Medicine - 10.1056/nejmp1106046 - www.nejm.org
- 16 Programme de médicalisation des systèmes d'information
- 17 Tarification à l'activité
- 18 Alain C. Enthoven, Ph.D. - *Perspective: Reforming Medicare by Reforming Incentives* - The New England Journal of Medicine - 10.1056/nejmp1104427 - www.nejm.org
- 19 Produit intérieur brut
- 20 Victor R. Fuchs, Ph.D., and Arnold Milstein, M.D., M.P.H. - *Perspective: The \$640 Billion Question - Why Does Cost-Effective Care Diffuse So Slowly?* - The New England Journal of Medicine - n engl j med 364;21 - may 26, 2011 - www.nejm.org
- 21 Citons aussi, parmi les ouvrages récents, le livre mis en ligne le 24 février par l'Institute of Medicine Américain sous le titre : *The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes*. Cf. notre mail UNHPC n° 11/115 du 26 février 2011
- 22 Alan B. Astrow, M.D., and Beth Popp, M.D. - *Perspective: The Palliative Care Information Act in Real Life* - The New England Journal of Medicine - n engl j med 364;20 - may 29, 2011 - www.nejm.org
« New York's Palliative Care Information Act took effect on February 9, 2011. Sponsored by the advocacy group Compassion and Choices New York, the law on its face simply mandates that physicians practice good medicine in caring for patients with a poor prognosis: "If a patient is diagnosed with a terminal illness or condition, the patient's attending health care practitioner shall offer to provide the patient with information and counseling regarding palliative care and end-of-life options appropriate to the patient, including... prognosis, risks and benefits of the various options; and the patient's legal rights to comprehensive pain and symptom management." Violations of the law are punishable by fines of up to \$5,000 for repeated offenses, and willful violations by a jail term of up to 1 year. »
- 23 Autorité de sûreté nucléaire
- 24 Rachel Behrman Sherman, M.D., M.P.H., Janet Woodcock, M.D., Janet Norden, M.S.N., R.N., Cheryl Grandinetti, Pharm.D., and Robert J. Temple, M.D. - *Perspective: New FDA Regulation to Improve Safety Reporting in Clinical Trials* - The New England Journal of Medicine - 10.1056/nejmp1103464 - www.nejm.org
- 25 Cf. mail UNHPC n° 11/335 du 10 juin 2011
- 26 Auditions Privées au Collège des Bernardins, à Paris, le 8 juin 2011. La vidéo de cette rencontre peut être visionnée sur www.decision-sante.com
- 27 Développement professionnel continu
- 28 Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- 29 Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- 30 Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
- 31 Direction générale de l'offre de soins

**Le nouvel "Atlas
de la démographie médicale"
confirme une fois de plus
le très mauvais
état de santé
de la médecine libérale
qui ne se
renouvelle plus**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/24

Date de parution : lundi 20 juin 2011

Sujet : **Démographie, Oncologie, Concurrence**

Mots types : CNOM - Démographie - Atlas - Médecine libérale - ASCO - ACO - A. S. Lichter - Recommandations - QOPI - Qualité - Angleterre - D. Cameron - Concurrence - Coopération - SHA - PCT

Année 2011 - p. 86/210

Le Conseil national de l'ordre des médecins a publié cette semaine la cinquième édition de l'Atlas de la démographie médicale¹. Cette édition est réalisée à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2011. Ce travail est chaque année plus complet, chaque année plus indispensable. Dans cette édition, "deux enquêtes thématiques complètent l'analyse démographique pour, au-delà des chiffres, parfaire la connaissance des motivations, des choix d'exercice. L'une s'est adressée aux médecins qui ont dévissé leur plaque avant l'âge de la retraite, et la deuxième a interrogé les jeunes confrères installés ces deux dernières années"².

L'Ordre fera paraître d'ici la fin de l'année une nouvelle édition de ses Atlas régionaux.

Certains organes de presse se réjouissent car la proportion des nouveaux inscrits ayant choisi l'exercice libéral est plus forte cette année. En fait cette variation est de l'ordre de l'arrondi et ne concerne que 9,4 % des jeunes inscrits³. Le problème demeure inchangé. Au-delà des problèmes de démographie, il y a une crise généralisée de la médecine libérale.

Notre secteur ne déroge pas aux grandes tendances, mais il est en plus parmi les plus sinistrés.

Aucun inscrit en onco-hématologie, en médecine interne, 2,8 % des inscrits en radiothérapie, 7 % anatomie et cytopathologie et en oncologie médicale, plusieurs spécialités chirurgicales à des taux faibles parfois très faibles.

Il n'y a aucun libéral de moins de 40 ans en radiothérapie⁴...

Pas de remplaçants possibles (0,2 % des médecins en oncologie médicale, 0,6 % en radiothérapie, 1,8 % en anapath...)⁵.

Une pyramide des âges partout très vieillissante.

L'état présent de la répartition des effectifs par statuts reste impressionnant si on le compare à la part des patients pris en charge par les libéraux et par les salariés (en gros, pour les libéraux, 21 % des oncologues médicaux prennent en charge plus de 40 % des patients, 40 % des radiothérapeutes oncologues prennent en charge plus de 53 % des patients, moins de 50 % des anapath réali-

sent les deux tiers de l'activité).

Il permet d'imaginer l'impact des évolutions en cours sur les capacités futures du système de soins et donc sur la société⁶ :

	Libéral		Mixte		Salarié		Sans	Total
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	Nb.
Tableau n° 97 : modes d'exercice en oncologie médicale								
Hommes	78	20,7 %	38	10,1 %	260	69,0 %	1	377
Femmes	42	13,8 %	14	4,6 %	248	81,6 %	0	304
TOTAL	120	17,6 %	52	7,6 %	508	74,6 %	1	681
Tableau n° 10 : modes d'exercice en radiothérapie et onco-radiothérapie								
Hommes	164	37,5 %	68	15,6 %	205	46,9 %	0	437
Femmes	69	25,1 %	28	10,2 %	178	64,7 %	0	275
TOTAL	233	32,7 %	96	13,5 %	383	53,8 %	0	712
Tableau n° 53 : modes d'exercice en anatomie et cytopathologie								
Hommes	271	48,4 %	62	11,1 %	227	40,5 %	0	560
Femmes	292	32,2 %	72	7,9 %	542	59,8 %	0	906
TOTAL	563	38,4 %	134	9,1 %	769	52,5 %	0	1.466

Au-delà de la démographie, il ne faut pas oublier non plus les effets mortifères des dépassements d'honoraires, et, dans notre secteur, l'ostracisme vis-à-vis de la radiothérapie libérale, le refus de la réforme du K15, mise en cohérence pourtant gratuite du mode de rémunération avec la pratique, les pressions structurelles et financières sur l'anatomo-cyto-pathologie libérale... Les Plans Cancers, malgré les engagements, n'ont rien fait pour améliorer cette situation, bien au contraire.

On a pu croire à un défaut d'information. On a pu croire à l'incurie, à l'incompétence. De plus en plus, la question est de savoir si les responsables du système de santé dans notre pays veulent encore d'une médecine libérale ? Plus les années passent, plus on se dit que pour les politiques et plus largement, pour les responsables au ministère et dans les universités, la réponse est non. Le système peut-il s'en passer ? La question n'est jamais posée. Pourtant, si on continue encore comme ça, la facture va être très lourde pour le pays. C'est probablement le seul commentaire qui vaille.

On est typiquement dans un cas où l'information ne suffit pas à justifier l'action, on est donc dans la chronique d'une catastrophe annoncée et consentie sinon organisée par les officiels... Et la démographie joue elle aussi con-



tre l'avenir car les "vieux" sont en proportion très nombreux et ils sont découragés⁷, l'enquête présentée dans l'Atlas le montre, une fois de plus.

A condition d'aller très vite, il est encore temps de réagir, sinon, quel triste et coûteux gâchis !

L'ASCO⁸ est intervenue auprès des pouvoirs publics américains. Elle leur signale l'attention qu'ils doivent porter aux malades du cancer dans la définition en cours des nouveaux modèles d'organisation des soins. Dans ce cadre, son directeur, A. S. Lichter, a écrit une longue lettre à Donald Berwick, nouveau patron des Centers for Medicare et Medicaid Services. Le Dr Lichter y développe **huit recommandations**⁹. Ces débats nous intéressent à plusieurs points de vue.

Tout d'abord ils constituent une illustration intéressante du débat régulation-qualité-allocation de ressources. Il s'agit ici de la réforme Obama portant création des ACO (Accountable care organization). Ces nouvelles organisations essayent d'articuler paiement à l'acte, liberté de choix du patient, prise en compte d'indicateurs de qualité, du parcours de soins et du territoire. Avec eux, la réforme Obama espère développer simultanément qualité, accessibilité et productivité des soins aux USA. Nous avons déjà évoqué ces ACO.

Deuxièmement, les oncologues font des propositions. Cette capacité collective est, en soi, bien intéressante et devrait nous encourager... Après les effets pervers des derniers Plans Cancer, serons-nous capables de retrouver cette capacité de proposition et de réalisation collective entre professionnels de tous statuts ?

Troisièmement leurs propositions sont centrées sur la prise en compte du QOPI, leur programme qualité (Quality oncology practice initiative). Là aussi, cela vaut leçon pour nous. Ce programme QOPI est déjà implanté dans 25 % des structures de cancérologie. D'après l'ASCO, il permet d'optimiser les résultats cliniques tout en protégeant les malades de la sous-utilisation des médicaments, de leur sur-utilisation ou de l'emploi de thérapies inefficaces.

Par ailleurs, l'ASCO pousse à la spécialisation des établissements, aux mesures facilitant la coordination des soins par les oncologues, à des mesures facilitant l'accès aux essais cliniques, à d'autres permettant de réduire la charge administrative pesant sur les soignants et de limiter les incitations perverses en matière d'utilisation des médicaments.

Le destinataire de ces propositions est connu et respecté pour le réalisme et le pragmatisme de ses propositions inlassables pour mesurer et améliorer la qualité des soins.

Observons enfin que c'est l'ASCO et donc les professionnels eux-mêmes qui gèrent la base de données QOPI¹⁰. Il n'y a toujours pas de base de ce type en France où, malgré quelques tentatives et les discours convenus sur l'évaluation par les pairs, les professionnels préfèrent le "tout Etat".

Au total, il sera donc très intéressant de suivre les suites données à ce dossier pour en tirer des enseignements

pour notre propre pratique et développer nous aussi une "organisation des soins responsable".

En **Angleterre**, David Cameron et Nick Clegg ont "*décidé d'améliorer leur projet pour le NHS*"¹¹, ce qui veut dire, nous dit la presse, qu'ils font marche arrière. Dans le projet initial, les grands principes du NHS, en particulier le financement par l'impôt et la gratuité des soins n'étaient pas remis en cause. Par contre ce qui faisait surtout débat c'était le fait de renforcer la possibilité de mettre les hôpitaux en concurrence pour générer de la productivité dans le système. Les dix Strategic health authority (SHA)¹² et les 151 Primary care trusts (PCT) devaient disparaître au profit de 250 consortiums confiés surtout aux médecins généralistes et chargés d'acheter les soins hospitaliers. Nick Clegg dit que l'on va maintenant remplacer la notion de concurrence par celle de coopération¹³. Dit comme cela, ou traduit comme cela par la presse française, ça n'a pas de sens.

La question de la concurrence en santé est une question difficile. D'une part, l'expérience prouve que, lorsqu'elle est confiée au marché, elle favorise une hausse des coûts, du fait de sa gestion et des frais occasionnés par la publicité ou la nécessaire "communication" qu'elle engendre, sans compter le risque de sélection. C'est pourquoi les économistes sont nombreux à préconiser de la "concurrence fictive" (ou "concurrence réglementée") sous forme de concurrence par comparaison ou par appels d'offres¹⁴. C'est déjà ce que vivait le NHS depuis la création des PCT et tout le monde s'accorde sur le constat de grands progrès, même si cette réforme s'était accompagnée, pour d'autres raisons, de votes de budgets en croissance forte. Les files d'attente ont, par exemple, été fortement réduites. En santé comme ailleurs la concurrence est source de dynamisme, de progrès, d'innovations et de productivité. Mais les spécificités de notre activité demandent à ce que cette concurrence soit organisée et non soumise aux seules forces du marché. La France y viendra fatalement. Le mot restera tabou, mais la réalité viendra car la nécessité l'imposera. Il faut pour cela un outil qui permette de définir des "produits homogènes". Avec le PMSI¹⁵, nous l'avons. L'enjeu sera alors de ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain compte tenu de la grande inculture économique dans laquelle vit encore le système de santé français : les modalités de développement de cette concurrence devront être telles que les principes d'égalité d'accès et de non-sélection restent appliqués. Le vrai débat devra porter sur les modalités. C'est là que l'expérience anglaise doit être suivie de près.

La question de la coopération est une autre question. C'est une question de choix de la structure juridique, de choix de structure de propriété en adéquation avec un projet d'entreprise. A l'origine, au XIX^e, les Anglais ont été les créateurs de ce type de droit, autant que les Allemands. Récemment, au début de leur long mandat, les travaillistes ont essayé de le promouvoir, mais pas dans la santé. A leur tour, les conservateurs veulent le promouvoir, mais ils voulaient le faire aussi dans la santé. Ils pensent que c'est une des clefs pour responsabiliser

les professions de santé, pour faciliter l'articulation de l'hôpital avec son territoire et pour débureaucratiser la gestion du NHS. En France ce droit fait peur à la DGOS¹⁶, car elle pressent ses potentialités en matière d'efficacité dans les secteurs des soins et elle craint que cette efficacité ne nuise à la domination de l'hôpital public. Elle a donc été jusqu'à pervertir le mot avec ses GCS¹⁷ qui sont des instruments d'aspiration, de concentration et non des instruments de coopération comme leur nom voulait l'indiquer. Plus intelligemment, il fut un temps où la FHF¹⁸ regardait ce corps de droit comme un élément possible de la réforme de l'hôpital public. De l'avis commun il est une nécessité pour la médecine libérale, hospitalière ou de ville. L'Europe le promeut comme seul outil justifiant la constitution d'un capital réservé aux professionnels du métier concerné. Il faudra

bien que le Ministère de la santé y vienne, comme tous les autres ministères techniques l'ont fait depuis des décennies.

Mais, en aucun cas la question de la concurrence ne peut être confondue avec celle de la coopération. Par contre, sur les deux sujets, l'expérience anglaise est à suivre de près car, forcément, un jour viendra où ces questions devront elles aussi être prises en charge en France.

Le rapport au Premier Ministre David Cameron, rapport qui va sortir dans les prochains jours, et la réécriture de la réforme par le Gouvernement Anglais sont donc importants à surveiller de ce côté-ci du Channel aussi...

- ¹ *Atlas de la démographie médicale en France* - Situation au 1er janvier 2011 - Conseil National de l'Ordre des médecins, Dr Michel Legmann, Président - Sous la direction du Dr Patrick Romestaing, Président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale - Réalisé par Gwénaelle Le Breton-Lerouillois, géographe de la Santé - 210 pages.
Cf. mail UNHPC n° 11/345 du 16 juin 2011 ou <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-fran-aise-2011-les-jeunes-medecins-invitent-leurs-confreres-s%E2%80%99insta-1087>
- ² Editorial du Dr Patrick Romestaing, page 1
- ³ p. 57
- ⁴ carte n° 77 p. 157
- ⁵ Cf. le Graphique n°17 : Part des médecins remplaçants selon la spécialité p. 70
- ⁶ Cf. le Tableau n°3 : Les modes d'exercice par spécialité (France entière) p. 12 et plus particulièrement les tableaux et graphiques 23 - Oncologie médicale pp 142-143 ; 29 - Radiodiagnostic et radiothérapie et 30 - Radiothérapie et onco-radiothérapie pp 155 à 157 ; 1 - Anatomie et cytologie-pathologiques pp 98-99
- ⁷ « *La démographie médicale actuelle n'est pas uniquement concernée par le désintérêt des jeunes générations pour l'exercice libéral mais elle est également confrontée à la problématique de médecins qui ont décidé de dévisser leur plaque bien* » [...] « 47,3 % ne conseilleraient pas à un proche de faire des études de médecine. » p. 75 et p. 81 du chapitre 2 "Enquêtes thématiques" I - Les médecins qui ont dévisé la plaque.
- ⁸ American society of clinical oncology (USA)
- ⁹ June 6, 2011 - *ASCO Calls for Attention to Cancer Patients in New Delivery Models* - This week, ASCO CEO Allen Lichter, MD, sent written comments to Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Director Donald Berwick in response to the recent notice of proposed rulemaking on Accountable Care Organizations (ACOs) and the Medicare Shared Savings Program (MSSP). ASCO's comments focus on the needs of cancer patients and important threshold issues that must be addressed to ensure that new delivery models provide high-quality, high-value care to individuals with cancer. Eight specific recommendations were presented.
1. A Cancer-Specific Measurement System / 2. Oncology-Specific Delivery Models / 3. Unfettered Access to Oncologists through Multiple ACOs / 4. Patient Access to Cancer Care through Clinical Trials / 5. Financial Risk and Administrative Burdens in Cancer Care
6. Consideration for the Needs of Cancer Patients / 7. Communication Safeguards for Patients with Cancer Served by ACOs / 8. Address Perverse Drug Utilization Incentives
Cf. mail UNHPC 11/351 du 20 juin 2011
Cf. : <http://www.asco.org/ascov2/Practice+&+Guidelines/ASCO+in+Action>
- ¹⁰ ASCO's Quality Oncology Practice Initiative (QOPI®) gives you the quality measurement and improvement tools that you need. QOPI was developed by world-renowned practicing oncologists and quality experts, using clinical guidelines and published standards, such as the National Initiative on Cancer Care Quality (NICCCQ), ASCO/NCCN Quality Measures, and ASTRO/ASCO/AMA PCPI Oncology Measures.
Cf. notre mail UNHPC n° 11/349 du 18/6/2011 pour la liste des indicateurs QOPI (*Summary of Measures*, Spring 2011)
Cf aussi : <http://qopi.asco.org/>
- ¹¹ National health service (UK)
- ¹² Cf. la carte des SHA : <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx>
- ¹³ Cf. Delphine Chardon - *L'opposition britannique marque un point : Cameron recule sur sa réforme du NHS* - Anémone Kober-Smith, maître de conférence à la Sorbonne, livre sa vision des derniers rebondissements politiques en Grande-Bretagne : « *Une nouvelle marche arrière importante* » - Le Quotidien du Médecin du 14/6/2011
Ou : Virginie Malingre - *David Cameron édulcore son projet de réforme du système de santé public anglais* - Le Monde du 16/6/2011 : « *Il n'est plus question aujourd'hui de "promouvoir la concurrence" mais plutôt d'inciter à la "collaboration"* ».
- ¹⁴ Cf. entre autres : Michel Mougeot - *Concurrence et incitations dans le système hospitalier* - Revue Française d'Économie, 1993, vol. 8, issue 2, pages 109-131, ou, du même auteur : *Systèmes de santé et concurrence*, éditions Economica, Paris, 1994, 210 pages ; *Performance, incitations et gestion publique* - Dominique Bureau et Michel Mougeot - Rapport du Conseil d'analyse économique, 11.06.2007
Cf. aussi les actes des XII^e Rencontres de la Cancérologie Libérale et Hospitalière privée (13 janvier 2007) : *L'administration de la santé par l'Etat* et tout particulièrement la proposition de Philippe Galy concernant une "offre publique de marché", p. 123 et 273
- ¹⁵ Programme de médicalisation des systèmes d'information
- ¹⁶ Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé)
- ¹⁷ Groupement de coopération sanitaire (1996)
- ¹⁸ Fédération hospitalière de France

**Spécialisation,
prise en charge globale
et continuité des soins**

**Médicament :
la nouvelle "réforme
la plus importante
jamais entreprise"**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/25

Date de parution : lundi 27 juin 2011

Sujet : **Spécialisation - Réforme de la pharmacovigilance**

Mots types : Parcours de soins - ANSM - AFSSAPS - INVS - CNAMTS - Formation - Evaluation

Année 2011 - p. 89/210

Nous allons vers de plus en plus de spécialisation. C'est inévitable : la médecine devient de plus en plus "scientifique", de plus en plus interventionnelle et sa pratique est de plus en plus basée sur des preuves ("evidence based"). Pourtant ce mouvement général recouvre plusieurs phénomènes. Situons en trois.

- Un spécialiste peut limiter son activité à la réalisation d'un nombre d'actes différents de plus en plus réduit. Par définition le "spécialiste" ne fait pas de tout. Il y a une vingtaine d'années, on se souvient de la chirurgie de la main quittant le giron de l'orthopédie. L'orthopédie s'était elle-même distinguée de la chirurgie générale... Depuis, la main est devenue trop grande et certains se spécialisent par exemple sur le poignet qui constitue un monde à lui tout seul.

Comment ce mouvement de spécialisation s'opère-t-il ? Au départ, le nouveau "spécialiste" se distingue de la pratique plus générale à laquelle il appartient. Il est contesté par ses pairs qui ne voient aucun intérêt à cette nouvelle "spécialisation". Comme toute innovation elle est contestée par les spécialistes anciens car elle change les comportements. Il faut donc que le nouveau "spécialiste" fasse ses preuves, c'est à dire qu'il prouve que sa spécialisation apporte un plus incontestable. Lorsqu'il le fait, une nouvelle spécialité voit le jour. La question de la relation entre le volume et la qualité n'est pas loin. La spécialisation des tâches qu'a connue l'industrie au début du siècle dernier non plus. On est dans la création ou l'amélioration d'un savoir faire. Pour reprendre notre exemple de la chirurgie de la main, de fait, aujourd'hui, qui se ferait opérer du poignet par un chirurgien de chirurgie générale ?

- En cancérologie française, nous avons connu, nous connaissons encore deux écoles. Dans les CHU, l'approche par organe domine, car l'organisation est centrée sur la chefferie de service et celle-ci est liée à une approche "organe". Dans les CLCC, en principe, on ne fait que du cancer. On a donc une approche plus centrée sur la pathologie. La concurrence des deux écoles a du bon. La multiplication des types de cancers connus ne contredit pas l'intérêt de cette double approche. La différence des cultures stimule l'innovation.

- Très différente est l'approche qui se développe sous forme d'une prise en charge morcelée. Elle est partie des grands centres mais gagne de plus en plus les hôpitaux et les cliniques. Un oncologue radiothérapeute salarié nous racontait récemment qu'en quelques années sa vie avait changé. Le volume d'activité a peu changé, mais les effectifs médicaux de son équipe ont presque doublé. Du coup, lui "*ne monte presque plus dans les étages*", si ce n'est pour rendre quelques visites de courtoisie à des patients qui sont d'ailleurs "*ravis de le voir*", mais il est de moins en moins "oncologue" et de plus en plus "radiothérapeute" au sens de la seule technique. Il y voit pas mal d'avantages. En particulier il a l'esprit plus libre, dégagé qu'il est du souci permanent de ses patients et du stress lié à leur état. Il part en vacances beaucoup plus serein. Au propre et au figuré il passe le relais, à l'oncologue, à l'algologue, à d'autres "spécialistes". Bref on va vers ce qui était inconnu dans nos établissements : des patients qui questionnent : "*c'est vous qui me soignez, Docteur ?*" ou pire, s'adressant à l'infirmière ou à l'aide soignante : "*vous pouvez me dire quel est le nom du docteur qui me soigne ?*". Dans ce cadre on comprend mieux la volonté de l'INCa de créer des infirmières de coordination. Il y a quelques très grands établissements - ce sont eux qui orientent l'INCa - où, effectivement, devant l'abandon ressenti par le patient, il fallait créer un lien permanent, un "réfèrent", en fait un interlocuteur repérable et qui dure un peu dans le temps. Cette initiative de l'INCa était d'autant moins compréhensible que l'infirmière de coordination était présentée, à l'origine, comme devant aider les généralistes. Elle concurrençait les réseaux qui sont hélas passés de mode chez nos Tutelles. Elles les délaissent. Leur réalité demeure pourtant autant que les besoins qui les ont suscités. Donc, des formations se mettent en place pour former des coordinateurs ou des coordonnateurs. La dernière initiative vient du monde de la Mutualité et s'adresse spécifiquement aux infirmières.

Tout cela nous amène à une interrogation sur l'avenir de la médecine. Le métier de médecin se déqualifie (au sens où la qualification est la capacité à entretenir les relations nécessaires avec d'autres) et se déresponsabilise¹, il se réduit à celui de technicien spécialisé. On est loin de l'ap-



proche défendue, entre autres, par Guy Vallancien d'une qualification des médecins grandissante, à la mesure de leur capacité à déléguer. Ici, au contraire, on se rétrécit. Si elle perdure et se généralise, cette évolution a des conséquences d'autant plus claires que d'autres mouvements de fond vont dans le même sens, entre autres les dépassements d'honoraires qui poussent à la semaine de quatre jours, le jeu des 35 heures et des récupérations, l'attrait des carrières de "remplaçants... Le niveau de rémunération des médecins va chuter. Leur implication professionnelle aussi. Un nouveau métier va apparaître et se développer. Un métier de coordination médicale. De deux choses l'une : où des médecins s'y mettent. Ce seront, de fait, les médecins "référents". Ils deviendront l'élite. Les patients les repéreront comme tels. Si le corps médical ne s'y met pas, les infirmières joueront de plus en plus ce rôle. Il s'agira alors d'un nouveau métier. Il deviendra mieux payé que celui de médecin, car en effet, il sera plus "qualifié". En attendant, le morcellement de la prise en charge auquel nous assistons ne peut pas être considéré comme un progrès dans la qualité des soins. Il s'agirait plutôt d'une régression, ou au moins d'une forme d'abandon des malades, d'un oubli du soin au profit de la simple réparation d'un dysfonctionnement.

Cette évolution posera particulièrement question aux établissements qui ont peu d'activités de soins autorisées car la qualité viendra aussi de la diversité des capacités. Le cancer exige une culture organisationnelle spécifique. La prise en charge du cancer se fait de plus en plus complexe dans la mesure où il faut mettre en cohérence des logiques de soins différentes. Par ailleurs il ne s'agit pas de la réalisation d'un acte, mais de la gestion médicale et de plus en plus sociale d'un parcours, d'une succession d'épisodes qu'il faut articuler entre eux dans le temps comme dans l'espace, les intervenants étant multiples tant du point de vue des statuts que des modes de rémunération ou des localisations. Si le corps médical délaisse ces enjeux, il faudra que les établissements concernés créent un savoir-faire nouveau et l'impose dans leurs organisations. De plus en plus, les établissements devront "soigner" par eux-mêmes. On est bien face à des choix stratégiques aux enjeux importants.

Cette semaine, une étape importante a été franchie dans **le dossier du Mediator**². Les principaux rapports sont sortis ou vont l'être. Sans tarder, le Ministre a fait part de ses grandes orientations³. Il annonce "3 piliers" à sa réforme :

- *la prévention des conflits d'intérêts - La transparence des décisions* (18 mesures)
- *un doute qui bénéficie systématiquement aux patients* (29 mesures)
- *des professionnels de santé mieux formés et informés ; des patients bien informés* (8 mesures)

Il serait bien présomptueux, et de toute façon faux, de dire que nous pouvons ici faire un bilan éclairé de la multitude de rapports, des avis de centaines d'experts, de dizaines de groupes de travail et de propositions que ce drame du Mediator a suscité⁴. Certains sont encore à ve-

nir⁵. Le mois de juillet sera chargé pour ceux qui veulent suivre et/ou peser sur les orientations prises. Le sujet est important et très technique. Les orientations feront souvent consensus, mais beaucoup se passera dans les modalités de mise en place. En termes de réorganisations visant à améliorer nos capacités de pharmacovigilance, c'est maintenant que les choses commencent vraiment. Le projet de loi de réforme sera déposé avant fin juillet et sera discuté à l'automne.

Pour s'en tenir aux orientations du Ministre on peut cependant déjà en souligner quelques-unes qui, parmi d'autres, paraissent particulièrement importantes.

- Par exemple, on ne peut que se réjouir de la mise en place d'un "Sunshine Act à la française"⁶. Dans ce cadre, la "*Déclaration publique d'intérêts (DPI) systématique pour les acteurs du monde de la santé : experts externes professionnels de santé, experts internes, associations de patients et application, pour les personnels d'administration, des dispositions du projet de loi relatif à la déontologie et à la prévention des conflits d'intérêts dans la vie publique*" est intéressante elle aussi. Tout dépendra de ce qui sera considéré comme susceptible de conflit d'intérêt. Restera-t-on dans le strict cadre des relations avec les laboratoires ? Sera-t-on plus large ? Les "mises à disposition" des administrations, par exemple, le seront-elles dans le champ concerné ?
- "*Clarification des rôles et missions de chaque institution, ainsi que des modalités de coordination*" : il faudra aussi attendre ici un autre rapport, celui de la "Mission d'information sur les agences sanitaires" confiée au député Yves Bur, président-rapporteur. Mais le Ministre avance déjà sur le sujet, en préconisant une "*mutualisation des ressources et des compétences entre l'ANSM, l'INVS⁷, la CNAMTS⁸ et la HAS⁹, pour la réalisation d'études de pharmaco-épidémiologie*". Il souhaite une "*affirmation du rôle de la politique [par la] création d'un comité stratégique de la politique des produits de santé et de sécurité sanitaire, sous la présidence du ministre, avec la participation de toutes les agences et des directions d'administration centrale*". Cela marque une étape importante dans notre histoire sanitaire. Les crises précédentes avaient conduit à la création d'agences dites "*indépendantes*" pour donner un peu d'indépendance au politique, le protéger en créant une distance possible entre lui et les médias en cas de crise. Voilà le retour du politique. Un dossier à suivre de près.
- La nouvelle Agence qui remplacera l'AFSSAPS¹⁰, Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) aura un financement directement assuré par les subventions de l'Etat, qui percevra les taxes et redevances de l'industrie pharmaceutique. Un changement radical.
- Le durcissement des conditions de mise sur le marché et de prise en charge par la collectivité. Là aussi on ne peut que s'en réjouir, même si on sait qu'il y aura parfois des dilemmes compte tenu du fait que les patients exigent d'avoir accès aux molécules innovantes sans délai et qu'il y a, sur ce sujet, une compétition internationale pour savoir qui sera le premier¹¹. Les disposi-

tifs dérogatoires ont de beaux jours devant eux. Il est d'ailleurs prévu un "renforcement des dispositifs dérogatoires existants : Protocole Thérapeutique Temporaire (PTT), Article 56, Autorisation Temporaire d'Utilisation"...

- Le "développement de l'évaluation médico-économique des produits de santé par la HAS" était attendu depuis longtemps. Au-delà des réticences culturelles auxquelles il faut s'attendre, cette évaluation aura elle aussi des conséquences très importantes.
- La "limitation de la visite médicale", "l'interdiction aux laboratoires de financer toute activité pour les étudiants dans le cadre de leurs études", le "finance-

ment de la formation médicale continue des médecins libéraux et hospitaliers par un prélèvement sur l'industrie pharmaceutique" sont elles aussi des décisions majeures.

Un projet de loi de réforme du système du médicament sera déposé avant fin juillet et sera discuté à l'automne. Comme beaucoup, le Ministre qualifie sa réforme de "réforme la plus importante jamais entreprise sur le médicament". Une chose est sûre : une étape importante a été franchie. Il reste beaucoup de travail. Le ministre a promis une "concertation large" sur les textes réglementaires correspondants qui seront "préparés avec toutes les parties prenantes".

- ¹ "Est responsable celui qui peut se porter garant de la qualité de ce qu'il fait et entretient avec son entourage la communication nécessaire." Concepts Généraux des normes internationales ISO 9000 - 4.4 : La responsabilité
- ² Benfluorex, laboratoire Servier
- ³ Ce 23 juin 2011 Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé et Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée de la santé, ont présenté lors d'une conférence de presse la réforme du médicament.
Cf. l'énumération des mesures arrêtées sur le site du Ministère : <http://www.sante.gouv.fr/un-nouveau-systeme-du-medicament-au-service-des-patients.html>
- ⁴ Les deux rapports IGAS
- Dr. Anne-Carole Bensadon, M. Etienne Marie, Dr. Aquilino Morelle - Enquête sur le Mediator, rapport définitif et annexes - Inspection générale des affaires sociales RM2011-001P - janvier 2011 - Cf. mail UNHPC 11/24 du 16 janvier 2011
 - Dr. Anne-Carole Bensadon - M. Etienne Marie - Dr. Aquilino Morelle - Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament - Inspection générale des affaires sociale - Juin 2011 - <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article205>
Cf. mail UNHPC 11/355 du 22 juin 2011
 - Le rapport des Assises du médicament présenté par Edouard Couty. Les principales préconisations issues de ses travaux qui avaient pour mission de rendre "plus sûr, plus éthique, plus transparent, plus réactif et plus efficace" le circuit du médicament "afin de restaurer la confiance dans le système de sécurité sanitaire des produits de santé" ont été présentées le 31 mai 2011 avec les synthèses des propositions des six groupes de travail. - Cf. mail UNHPC 11/335 du 10 juin 2011 et mail UNHPC 11/361 du 24 juin 2011
- Mais aussi :
- Patrice Queneau - Sécurité du médicament et pharmacovigilance - Rapport de l'Académie de Médecine adopté le 7 juin 2011
Cf. mail UNHPC UNHPC 11/342 du 14 juin 2011
 - L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a publié six rapports consacrés à l'expertise sanitaire, dont un rapport de synthèse formulant 30 propositions destinées à améliorer "la qualité, la légitimité et la pertinence" de cette expertise.
Cf. mail UNHPC 11/277 du 10 mai 2011
 - Rapport de synthèse,
 - Place de l'expertise dans le dispositif de sécurité sanitaire,
 - Les saisines et le lancement de l'expertise sanitaire,
 - L'indépendance des experts et de l'expertise sanitaire,
 - Les experts et la valorisation de l'expertise sanitaire,
 - Association des parties prenantes à l'expertise sanitaire.
- Françoise Bas-Théron, Christine Daniel, Nicolas Durand - Expertise sanitaire - Inspection générale des affaires sociales Avril 2011
Cf. : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article183>
et : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000250/index.shtml>
- Rapport de la mission sur la refonte du système français de contrôle de l'efficacité et de la sécurité des médicaments, rapport remis à Monsieur le Président de la République et Monsieur le Ministre de la Santé par Messieurs les Pr B. Debré, Député de Paris et P. Even, Président de l'Institut Necker - Cf. mail UNHPC 11/156 du 17 mars 2011
 - Le 21 juin, le député Bernard Debré (UMP, Paris) a déposé une proposition de loi revoyant le périmètre de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) et de la Haute autorité de santé (HAS) sur le médicament.
- ⁵ - Le rapport de la Mission d'information sur le Mediator et la pharmacovigilance de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale mise en place le 12 janvier 2011 avec Gérard Bapt pour président et Jean-Pierre Door pour rapporteur. Ce rapport est attendu pour le mercredi 6 juillet prochain. La mission d'information a adopté mercredi 15 juin 55 recommandations.
- Le rapport de la mission commune d'information du Sénat sur "Mediator : évaluation et contrôle des médicaments" est attendu pour le lundi 4 juillet. Président : François Autain ; Rapporteur : Marie-Thérèse Hermange
- ⁶ Loi adoptée aux États-Unis en 2010 et connue sous le nom de Physician Payments Sunshine Provisions ou de Physician Sunshine Act. Elle fait partie des "Sunshine Laws" qui sont plus larges et plus anciens.
Insérée dans le Patient Protection Affordable Care Act, une des lois de la "réforme Obama", cette loi s'applique au 1er janvier 2012 s'agissant des faits à déclarer et au 31 mars 2013 concernant les déclarations elles-mêmes. Les premières déclarations seront rendues publiques le 30 septembre 2013, puis tous les 30 juin des années suivantes. Elles seront consultables par tous sur Internet
- ⁷ Institut de veille sanitaire (1992)
- ⁸ Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- ⁹ Haute autorité de santé
- ¹⁰ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (a remplacé l'agence du médicament en 1999)
- ¹¹ Cf. : Samantha A. Roberts, Jeff D. Allen and Ellen V. Sigal - *Despite criticism of the FDA review process, new cancer drugs reach patients sooner in the United States than in Europe Health Affairs* - June 2011 - doi: 10.1377/hlthaff.2011.0231

**"Nos médecins sont formés,
employés et payés pour être
des cow-boys.
Mais c'est de membres
d'équipages dont nous
avons besoin"**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/26

Date de parution : lundi 4 juillet 2011

Sujet : **Adresse aux jeunes médecins**

Mots types : Atul Gawande - Médecine - Cowboys - Lewis Thomas - Elias Zerhouni - Avenir - Evolutions - Générations - Travail

Année 2011 - p. 92/210

Un ami de l'UNHPC, fidèle abonné de notre liste de diffusion, nous a signalé un intéressant article. D'après lui, cet article prolongeait la première partie de notre chronique de la semaine dernière. Il s'agit en fait la reprise d'une conférence de fin d'année prononcée devant des étudiants de médecine à Harvard. Cette conférence a été confiée au Pr Atul Gawande¹ qui est un chirurgien², encore "jeune"³, mais surtout bien connu aux USA. Sa renommée vient aussi de la qualité de ses livres⁴ et de ses articles qui traitent en particulier de l'organisation et de l'évolution de la médecine⁵.

Il est frappant en effet de constater que les thèmes développés auprès de ces étudiants en fin de cursus sont très proches des intuitions, des postulats et des lignes stratégiques défendues par l'UNHPC depuis l'origine en 1975 et plus particulièrement depuis les Rencontres de 1994. Atul Gawande n'avait que 10 ans lors de la fondation de l'UNHPC ! Mais le temps est long en médecine quand il s'agit d'organisation...

La nécessaire évolution de la médecine, le fait que la compétence ne suffit plus mais qu'il lui faut en plus de l'organisation pour pouvoir s'exprimer, la nécessaire concertation pluridisciplinaire, l'approche globale du patient, la nécessité de développer nos systèmes d'information, les bienfaits du benchmarking, la notion de complexité, l'importance des déclarations d'événements indésirables, la nécessaire approche en termes de résultats médicaux, la nécessaire cohérence entre les systèmes d'allocation de ressources et les fondements de la bonne pratique, l'urgence de la réforme des études médicales débilatantes, l'importance de l'ancrage territoriale, la modernisation de l'exigence d'indépendance, le régime de la responsabilité médicale dans le cadre d'une médecine concertée, la responsabilité vis-à-vis de la société... On croirait presque lire la liste des thèmes de nos Rencontres !

Tout cela se retrouve dans cette adresse aux futurs médecins. Les fondateurs de l'UNHPC avaient vu clair, mais l'avènement de cette médecine "nouvelle" reste un combat et ce rappel à l'optimisme nous est tout autant nécessaire qu'aux étudiants d'Harvard. Il n'est pas neutre non plus que ce soit un chirurgien qui le prononce.

Bref, une fois n'est pas coutume, il nous a semblé intéressant de risquer une traduction intégrale et de la présenter

ici dans notre chronique hebdomadaire. Il ne nous reste qu'à remercier celui qui nous a fait connaître cet article, qu'à assumer les limites d'une traduction rapidement rédigée et surtout à encourager nos lecteurs à sa lecture, même si le texte peut paraître long. Le monde est un village. Les contextes et les histoires sont différents, mais les problèmes sont souvent les mêmes.

Nous souhaitons de bonnes vacances à nos lecteurs et les remercions pour leur compréhension pour d'éventuelles irrégularités dans la parution de cette chronique durant l'été.

Cowboys and Pit Crews⁶

Atul Gawande

The New Yorker, may 26, 2011⁷



Photograph: Dale Earnhardt, Jr.'s pit crew,
at Darlington Raceway, 2008.
United States National Guard.

Dans son livre « *La plus jeune des sciences* », le grand médecin écrivain Lewis Thomas décrit son stage au Boston City Hospital, en 1937, avant la pénicilline. Il y a observé que le travail à l'hôpital consistait surtout à faire de la garde. "Si être dans un lit d'hôpital changeait quelque chose", dit-il, "c'était surtout le changement produit par la chaleur, le logement et la nourriture, des soins attentifs et respectueux, l'habileté incomparable des infirmières qui faisaient tout ça. Que vous ayez survécu ou non dépendait de l'histoire naturelle de la maladie. La médecine

cine n'y était pour rien ou pour très peu".

Cela n'empêchait pas les internes d'être, comme il le dit, "*frénétiquement occupés*". Il y a appris à se concentrer sur le diagnostic - s'assurer qu'on n'a rien oublié en termes d'observations, en particulier pour déceler une maladie pouvant bénéficier d'un traitement efficace. Il n'y en avait que quelques-unes. La pneumonie lobaire pouvait être traitée avec de l'antisérum, une injection d'anticorps de lapin contre le pneumocoque si l'interne avait pu identifier correctement le sous-type. Les patients dans le coma diabétique répondaient de façon spectaculaire à de l'insuline animale. Les insuffisances cardiaques aiguës pouvaient être sauvées par des saignements, une pinte de sang étant extraite d'une veine du bras, l'administration d'une préparation de feuilles de digitaline et une oxygénothérapie sous tente à oxygène. Une parésie syphilitique prise précocement répondait parfois à un mélange de mercure, de bismuth et d'arsenic. La chirurgie pouvait soigner certaines tumeurs et certaines infections. Les possibilités de la médecine n'allaient pas beaucoup plus loin.

Deux générations ont passé. Cette médecine ancienne est presque inimaginable pour nous aujourd'hui. Nous avons maintenant des traitements pour la presque totalité des dizaines de milliers de diagnostics et les maux qui affligent les êtres humains. Nous disposons de plus de six mille médicaments et de quatre mille actes médicaux ou chirurgicaux, et vous, les étudiants en médecine d'aujourd'hui, vous serez légalement autorisés à les fournir. Tout cela ne peut pas garantir à chacun une vie longue et saine, mais cela peut la rendre possible pour le plus grand nombre.

Les gens du monde entier veulent bénéficier de vos capacités et ils le méritent. Beaucoup craignent cependant que cela leur soit refusé pour des raisons de coût, d'indisponibilité ou d'incompétence des soignants. De nos jours, nous assistons au combat incessant de nos sociétés pour assurer l'accès à notre savoir-faire. Nous, médecins, nous avons pourtant été lents à comprendre qu'il s'agit d'un combat ou à comprendre que le volume des connaissances a changé la nature de notre travail comme celle de nos responsabilités.

La croissance rapide des possibilités offertes par la médecine ne traduit pas seulement une différence de degré mais surtout une différence de nature. L'expérience de mon père m'a permis de comprendre ce qu'est la passage entre deux mondes. C'est l'expérience d'une vie qui l'a mené d'une enfance en Inde rurale jusqu'à la retraite, après une pratique chirurgicale dans l'Ohio. Pour lui, le plus grand bond n'avait pas été celui de ses premiers pas au sortir de l'avion qui l'avait amené à New York. Il gardait pourtant un souvenir extraordinaire de cette expérience. Non, pour lui c'était le passage de son village rural de cinq mille habitants à Nagpur, une ville de plusieurs millions d'habitants distante de 300 kilomètres où il avait été admis à l'école de médecine. Les deux communautés étaient pauvres. Mais ce qui structurait la vie, les valeurs et les idées étaient tellement différentes qu'on ne pouvait comparer. De retour chez lui, il fit le constat qu'une génération ne pouvait même pas comprendre les défis qu'une autre génération avait à affronter. Il me

semble que nous vivons un moment de même nature.

Nous sommes à un point de passage entre générations médicales. Les médecins de l'ancienne génération se lamentent sur ce que la médecine est devenue. Les sondages nous disent que si c'était à refaire ils ne choisiraient pas la même profession aujourd'hui. Ils se rappellent un passé où tout paraissait simple, sans les tracés des assurances, des réglementations gouvernementales, les litiges pour faute professionnelle, pour ne pas parler des infirmières et des médecins portant tatouages et parlant d'"équilibre" dans leur vie. Pourtant, ce ne sont pas là les causes de leur malaise. Ce malaise est le symptôme de quelque chose de plus profond - en réalité il provient du fait que la complexité de la médecine a dépassé nos capacités individuelles.

Ce qui structure l'activité médicale - la manière dont les soins sont organisés et pratiqués - a émergé à une époque où les médecins pouvaient avoir en tête toutes les informations nécessaires concernant leurs patients et tout gérer par eux-mêmes. Il leur suffisait d'une éthique de travail acharné, d'un bloc d'ordonnances, d'une secrétaire et d'un hôpital prêt à leur servir d'atelier, à leur fournir un lit et des infirmières pour la convalescence du patient, au besoin une salle d'opération avec quelques outils de base. Nous avons été des artisans. Nous pouvions réduire une fracture, transfuser, faire des cultures, administrer de l'antisérum. La nature de notre savoir nous conduisait à considérer l'autonomie, l'indépendance et l'autosuffisance comme nos valeurs fondatrices et à organiser la médecine en conséquence. Mais on ne peut plus avoir en tête toutes les informations nécessaires et on ne peut plus maîtriser toutes les compétences requises. Personne ne peut résoudre seul la question du mal de dos d'un patient, exécuter un test immunologique, faire de la thérapie physique, un protocole IRM et prendre en charge le traitement nécessaire au cancer des os finalement découvert. Personnellement, je ne sais même pas ce que signifie "protocole" pour un IRM.

Avant qu'Elias Zerhouni ne soit devenu directeur du National Institute of Health, il a été patron à l'hôpital Johns Hopkins. Il avait calculé combien de personnes - médecins, infirmières et autres paramédicaux - étaient impliquées dans la prise en charge d'un patient hospitalisé type. En 1970 ils étaient 2.5 équivalents temps plein. A la fin des années quatre-vingt-dix, ils étaient plus de quinze. Ils doivent être encore plus nombreux aujourd'hui. Chacun a en charge une petite partie du patient. Maintenant, nous sommes tous des spécialistes - y compris les généralistes. Une organisation qui privilégie l'indépendance de chacun de ces spécialistes aura d'énormes difficultés à assurer la qualité des soins.

Les preuves ne sont pas loin. Deux millions de patients ramassent des infections dans les hôpitaux américains, la plupart parce que quelqu'un n'a pas respecté les précautions antiseptiques de base. Quarante pour cent des patients atteints de maladies coronariennes et soixante pour cent des patients asthmatiques reçoivent des soins insuffisants ou inadaptés. La moitié des complications chirurgicales graves sont évitables. C'est comme si personne n'était responsable - en fait personne ne l'est. L'expérience du public est que nous avons des spécialistes et

des techniques étonnantes, mais que nous sommes assez dépourvus du bon sens nécessaire pour nous fédérer et bâtir un système cohérent pour prendre en charge les gens du début à la fin. Nos médecins sont formés, employés et payés pour être des cow-boys. Mais c'est de membres d'équipages dont nous avons besoin.

On trouve un autre signe significatif dans la croissance insoutenable du coût du système de santé. A conditions équivalentes, les performances en termes de résultats médicaux tendent à suivre une courbe en cloche, avec un écart important entre les meilleurs et les moins bons, selon le lieu où l'on est pris en charge. Les coûts suivent eux aussi une courbe en cloche, avec des écarts de trente à cinquante pour cent pour des patients comparables. Mais la chose intéressante est la suivante : les deux courbes ne correspondent pas. Les hôpitaux qui obtiennent les meilleurs résultats ne sont pas les plus chers. Ils sont même nombreux à être les moins chers. Cela donne de l'espoir car si les résultats les meilleurs dépendaient d'un niveau de ressources élevé, le seul choix qui nous resterait serait celui du rationnement. Au lieu de cela nous pouvons analyser le cas des meilleurs d'entre nous - ceux qui sont hors norme, de façon positive - pour comprendre comment faire pour offrir à la société ce dont elle a le plus besoin : des soins de meilleure qualité pour un coût moindre. Il s'avère en plus que les meilleurs résultats semblent se retrouver chez ceux qui fonctionnent en système.

Par "système" je veux dire un contexte où des personnes arrivent à travailler ensemble pour mettre leurs différentes spécialités en synergie sur des objectifs communs concernant les patients. Ils sont coordonnés par leur objectif. Ils se conduisent en équipage. Cependant, pour fonctionner ainsi, on doit cultiver certaines compétences qui sont rares dans la pratique et qui sont rarement enseignées.

Premièrement, on doit acquérir une capacité de discernement en ce qui concerne les résultats par patients. Il faut pouvoir savoir en quoi on a réussi et en quoi on a échoué. Dans un système efficace les gens sont intéressés par les données. Ils ont fait des efforts spécifiques et consacré des budgets pour la collecte des données, leur interprétation, la compréhension de ce qu'elles disent du point de vue de leur performance.

Deuxièmement, on doit développer une capacité à concevoir des solutions aux problèmes d'organisation systémique que les données et l'expérience permettent de découvrir. Quand j'étais étudiant en médecine, l'une des dernières choses auxquelles j'aurais pu penser au sujet de ma vie future de chirurgien c'était que je travaillerais sur des trucs comme les check-lists. Les robots et les techniques chirurgicales, bien sûr que j'y pensais. Aux technologies de l'information, peut-être. Mais aux check-lists ?...

Elles se révèlent pourtant être parmi les outils de base de la qualité et de la révolution de la productivité dans l'aviation, l'ingénierie, la construction, en fait dans pratiquement tous les domaines combinant risque élevé et complexité. Les check-lists semblent être des outils rudimentaires et simplistes, pourtant elles aident à combler les lacunes de nos capacités intellectuelles individuelles

et de nos savoirs faire collectifs. Elles renforcent la précision du groupe dans le déroulement de ses actions. En médecine, le fait de les mettre en œuvre nous a obligés à mieux définir nos objectifs concernant les patients et à nous dire précisément ce que nous voulons faire pour les atteindre. Constituer des équipes performantes est plus difficile que nous le pensions. Même la plus simple des listes de vérifications nous oblige à nous attaquer à nos vulnérabilités comme par exemple aux transferts de responsabilités ou à la surcharge. Mais, lorsqu'elles sont bien conçues, leurs résultats peuvent être extraordinaires et nous permettent quasiment d'éliminer les infections nosocomiales, ou, au plan mondial, de réduire la mortalité en chirurgie de moitié et de tailler dans les coûts.

Ce qui nous amène à la troisième des compétences qu'il nous faut acquérir bien qu'elle ne soit pas enseignée. Il s'agit de la capacité à mettre en œuvre à grande échelle un fonctionnement du type de celui d'un équipage solidaire, la capacité à obtenir cela des collègues tout au long du parcours de soins du patient. Cela demande des efforts et suscite des résistances, parfois violentes. Cela provient du fait que le travail est maintenant fondé sur des valeurs différentes de celles qu'on nous a inculquées. Je veux parler d'humilité, de la conscience du fait que, qui que nous soyons, quel que soit le niveau de notre expérience ou de notre intelligence, nous allons commettre des erreurs. Je veux parler aussi du sens de la discipline, de la conviction que le fait de faire certaines choses de la même façon à chaque fois, la standardisation de nos manières de faire, peut réduire notre taux d'échecs. Je veux parler du sens du travail en équipe, de la capacité à reconnaître que les autres peuvent nous éviter des erreurs, quelle que soit leur position hiérarchique.

Ces valeurs sont à l'opposé de l'autonomie, de l'indépendance, de l'autosuffisance. Beaucoup de médecins craignent que disparaissent dans l'avenir toutes les possibilités d'initiative, de créativité et de plaisir intellectuel que la médecine leur apportait. Mais rien ne dit que le travail en équipe ne puisse pas être audacieux et créatif ou que notre travail avec d'autres ne nécessite pas pensée rigoureuse et capacité de discernement. Dans un monde de complexité, le succès exige aussi d'avoir ces capacités. Les résistances⁸ proviennent aussi du fait que la médecine n'est pas organisée pour favoriser le travail en groupe. Le seul fait de demander aux praticiens de prendre le temps de s'asseoir ensemble et de se mettre au clair sur un programme de soins pour des patients complexes est ressenti comme une contrainte. "*Je ne suis pas payé pour ça !*" C'est ce qu'on entend dire et c'est vrai, jusqu'au plus haut niveau de responsabilité.

J'ai discuté avec un directeur d'hôpital le lendemain du jour où il avait présenté à son conseil d'administration un plan pour réorienter son organisation autour d'équipes centrées sur l'amélioration des résultats médicaux, l'amélioration de la santé de la population du territoire et sur la baisse des dépenses de santé. La réunion a été très houleuse. Les objectifs portaient sens, mais les ressources des hôpitaux ne sont pas allouées dans cette perspective et le conseil d'administration n'avait pas très envie de demander aux organismes de financement de changer leur manière de faire. La réunion s'est terminée sans véritable décision. Ces objectifs ne sont pas encore les nô-

tres en médecine, même si nous avons besoin qu'ils le deviennent.

Il n'y a pas longtemps, j'ai eu une expérience dans notre école locale. Elle montrait bien les enjeux. J'étais allé à une réunion de parents d'élèves et je suis tombé sur le proviseur. Je lui ai dit combien j'étais inquiet de voir se réduire les horaires des disciplines artistiques de mes enfants et les effectifs de leurs classes s'élever dans certains cas à près de trente enfants. Je lui ai demandé ce qu'il faisait pour améliorer ça.

"Vous savez à quoi je passe mon temps ?" me répondit-il. "Je passe mon temps sur les dépenses de santé !..." "Les dépenses d'assurance santé des enseignants ont augmenté de 9 %, les ressources en provenance de la fiscalité locale sont restées constantes et les effectifs scolarisés sont en hausse. Un petit pourcentage de professeurs sérieusement malades génère la majorité des coûts. La seule possibilité que j'ai eue a été de diminuer leur taux de couverture".

Je lui ai dit ma surprise. Puis je suis allé à la réunion avec les enseignants. Sur le chemin, j'ai rencontré un professeur que j'avais opéré. Elle avait eu un lymphome. Elle faisait partie de ce petit pourcentage qui génère la majorité des coûts. C'est ça qui m'a frappé. C'était donc moi qui étais en partie responsable du fait que mes enfants manquaient d'enseignants ! Nous sommes tous ici dans la médecine. Des rapports montrent que chaque dollar ajouté aux budgets des écoles au cours de la dernière décennie pour réduire les effectifs d'élèves par classe et pour mieux rémunérer les enseignants a été détourné par la hausse des charges liées au coût de la santé.

Ce n'est pas une fatalité. Je ne crois pas que la société doive être forcée de choisir entre une meilleure éducation pour nos enfants et une bonne couverture maladie pour leurs enseignants. Mais, par contre, je crois que nous pouvons créer, là où nous sommes, des systèmes de soins qui rendent les deux possibles. Vous qui terminez vos études aujourd'hui, vous allez rentrer dans le système tel qu'il est né, le secouer pour le faire avancer, vous allez travailler sur des politiques propres à accélérer son amélioration, vous allez trouver les innovations qui lui sont nécessaires.

Vous allez trouver comment faire pour que le système fonctionne bien du point de vue de la santé de la population - vous allez le faire passer de l'âge des cow-boys de corral à celui des équipages productifs -. Voilà la grande tâche de nos deux générations de cliniciens et de scientifiques, de la vôtre comme de la mienne.

Votre génération est au seuil d'une métamorphose de la médecine et vous n'avez pas d'autre choix que d'avancer. Vous êtes comme les pilotes de la voiture de tête qui ru-

git et rebondit sur le chemin caillouteux mais qui évite l'accident. La révolution qui recompose notre travail afin que nous puissions maîtriser la complexité dans le secteur de la santé comme cela a été fait dans d'autres secteurs d'activité, cette révolution est en marche. Je pense que vous en avez conscience. J'en ai la preuve dans l'explosion du nombre d'étudiants qui obtiennent des diplômes complémentaires dans des domaines comme la santé publique, la gestion, les politiques publiques, les technologies de l'information, l'éducation, l'économie, l'ingénierie. Sur les quelques deux cents étudiants diplômés d'aujourd'hui, plus de trente-cinq ont de tels diplômes. Cela montre qu'ils ont l'intuition que la formation médicale classique ne les prépare pas au monde qui vient. Il y a deux ans, l'Institute for Healthcare Improvement a inauguré son Open School. Elle offre des cours gratuits en ligne pour acquérir des compétences sur la maîtrise des systèmes. Vous y trouvez des cours sur la mesure des résultats, l'amélioration de la qualité, la mise en œuvre de systèmes d'organisation ou le leadership. L'Institut espérait que quelques centaines d'étudiants en médecine s'inscriraient. Ils furent quarante-cinq mille à le faire⁹. Vous avez donc compris plus vite que chacun d'entre nous que la façon dont nous nous formons, que notre pratique et notre manière d'innover doivent changer. Même dans les laboratoires cela doit changer. Il faut aller vers des diagnostics et des traitements qui ne se justifient pas par eux-mêmes mais parce qu'ils s'intègrent en tant que composants fiables d'un ensemble intégré, économique et efficace répondant aux besoins du patient.

Rendre le système de santé efficient n'est pas simple, cela se heurte à de grandes difficultés. Dans le monde entier la complexité des problèmes est écrasante pour les gouvernements, les économies et les sociétés. Mais nous avons la preuve que lorsque les professionnels de santé articulent leurs talents et leurs efforts pour concevoir des services organisés en fonction des patients et des populations locales, cela peut déboucher sur des changements extraordinaires.

Vous serez peut-être amusés par le fait que j'ai récemment rencontré un vrai cow-boy. Il m'a décrit le travail des cow-boys d'aujourd'hui, l'élevage de milliers de bovins. Ils sont organisés en équipes solides. Chacun se voit assigner une position spécifique. Chacun est capable de communiquer en permanence avec les autres. Ils ont des protocoles et des check-lists pour le mauvais temps, les urgences, les vaccinations auxquelles ils doivent procéder. Il s'avère que même les cow-boys fonctionnent comme des équipages aujourd'hui. Il est peut-être temps pour nous de les rejoindre.

¹ <http://gawande.com>

² Chirurgie générale et endocrinienne au Brigham and Women's Hospital de Boston

³ Atul Gawande est né le 5 novembre 1965

⁴ Les trois livres d'Atul Gawande sont : *Complications: A Surgeon's Notes on an Imperfect Science* - 2002 ; *Better: A Surgeon's Notes on Performance* - 2007 ; *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right* - 2009

⁵ Atul Gawande a été sélectionné par Foreign Policy Magazine et Time magazine comme faisant partie des 100 penseurs les plus influents. Cf. : <http://www.foreignpolicy.com/2010globalthinkers>

⁶ Il est difficile de traduire "pit crew" sans employer une périphrase. Les spécialistes des courses automobiles n'ont pas besoin de traduction. Il s'agit en fait de l'équipe de mécaniciens - support technique - qui est au stand sur un circuit de course automobile et qui prend en charge la voiture à l'arrêt pour ravitaillement, changements de pneu et autres réglages effectués pendant la course. D'où l'illustration choisie par le New Yorker. Nous avons gardé l'équipage, sans le "pit". Cela conserve le côté travail d'équipe, médecine concertée, mais il y manque le côté urgence de la course. Nous aurions pu prendre le terme d'équipe interventionnelle mais il y aurait manqué la durée. La notion d'équipe de mécanos de course fait moderne. Elle souligne la compétence et la coordination, mais elle reste un peu réductrice. Elle pourrait faire croire qu'on néglige le soin pour en rester à la "mécanique". Le lecteur interprétera. L'illustration présentée ici est bien celle de l'article original.

⁷ Cf. : <http://www.newyorker.com/online/blogs/newsdesk/2011/05/atul-gawande-harvard-medical-school-commencement-address.html>

⁸ L'article lui-même a suscité parfois une certaine incompréhension. On en trouve la trace dans les courriers des lecteurs du New Yorker. Ex. : *"Pure Drivel. Here is my response as a practicing Neurosurgeon: Dr. Gawande recently submitted that modern doctors are incapable of providing care in the modern world without working as part of a vast administrative structure in what he calls a "pit crew". If people were cars, he may be right. But people are human, and diseases don't affect them like machines. Doctors are not simply mechanics that can choose a protocol that produces the same result by working on the same problem every time. Medicine is an art as much as a science and requires dedicated professionals who use their mind, training and experience to provide customized, compassionate care each patient needs. Dr. Gawande is part of a large corporate and government plan to destroy the minds of doctors and turn us into rationing agents for the state. He falsely believes that committees, protocols, bureaucrats and politicians can decide what care I should deliver to my patient. Science has proven his previous assertions on costs wrong and has shown that imposed "protocols" hurt patients. Already I am seeing his approach harm patients everyday in medicine. My experience with patients has proven to me that I should no more work as part of a "pit crew" than I should think that each of their brains is as interchangeable as a wheel on a car."* David McKalip, M.D. Posted 6/13/2011, 12:23:44am by David McKalip MD

25 courriers ont été repris par le New Yorker. Leur lecture est intéressante. On peut les retrouver à la suite de l'article d'Atul Gawande sur le site du New Yorker, à l'adresse indiquée ci-dessus.

⁹ L'engouement que signale Atul Gawande concernant l'initiative d'Open School de l'Institute for Healthcare Improvement correspond aux revendications des internes et chefs de clinique en mai 1968 en France ! Les choses n'ont hélas pas bougé en France sur ce plan, même s'il faut noter l'intérêt de médecins en activité pour des formations du type de celles qui sont proposées par le Conservatoire National des Arts et Métiers (Jean de Kervasdoué), Science Po (Didier Tabuteau) ou l'ESSEC (Gérard de Pourville).

**En plein mois de juillet,
démission de la Présidente du
Conseil National de l'Ordre
des Infirmiers et nombreux
rapports importants**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/27

Date de parution : lundi 11 juillet 2011

Sujet : **Ordre infirmier et rapports importants**

Mots types : ONI - Dominique Le Bœuf - CNAMTS - Produits et charges 2012 - PLFSS - Yves Bur - Agences sanitaires - Incitatifs tarifaires - Roland Cash - DREES - Rapport et PPL Jean-Pierre Fourcade - ASN - Imagerie médicale - IGAS - EHESP

Année 2011 - p. 97/210

Est-ce l'arrivée des vacances ? En tous les cas cette semaine a été riche en décisions et, malgré l'avalanche des semaines précédentes, en rapports potentiellement importants.

Nous retiendrons ici une décision, celle du Ministre qui a provoqué la démission de la Présidente de du Conseil national de l'Ordre des Infirmiers.

Quant aux rapports, nous évoquerons celui de l'Assurance-maladie, celui de la mission d'information sur les agences sanitaires, celui de la DREES sur les incitatifs tarifaires, celui de la DGOS sur les hébergements alternatifs, celui dénommé "rapport Fourcade" sur la loi HPST, le bilan de l'ASN sur la radioprotection en imagerie médicale, le rapport IGAS sur l'ENSP...

L'Ordre des Infirmiers

On ne peut qu'être stupéfait et désolé par la démission de la Présidente du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers¹, Madame Dominique Le Bœuf, intervenue cette semaine². Comment ne pas lire avec compassion, angoisse et intérêt navré les extraits connus à ce jour de sa lettre de démission ?

Elle la présente "*comme un ultime moyen de protester de façon solennelle contre le mépris de l'Ordre, du droit que nous devons défendre, des infirmières et des infirmiers et de leur intérêt véritable, qui rejoint ici l'intérêt des patients de notre pays.*"

"*Jamais, à ma connaissance, une institution créée par l'Etat pour l'intérêt général n'a été traitée avec ce mépris.*"

Elle souhaite pourtant "*un revirement salutaire de la part de l'Etat, avant que ne soit détruit ce qu'[ils se sont] évertués à construire dans l'esprit d'un grand service public et confraternel.*"

"*Malheureusement, ni l'enthousiasme et le zèle, ni la bonne foi et la rigueur, ni les réalisations de qualité évidente n'auront suffi à désarmer un ensemble d'hostilités coalisées.*"

Elle dénonce le fait que certains s'étaient juré "*dès avant la naissance de l'[Ordre] de l'éliminer ou de le réduire à l'impuissance*" utilisant "*sans relâche de puissants moyens de désinformation, d'obstruction et de pression pour y parvenir, au mépris affiché de la loi.*"

Avec le changement de Gouvernement, alors qu'elle es-

pérait un "*apaisement*", "*aucun signal n'est venu des ministres*".

Si ! : dans une lettre envoyée le 30 juin, le ministre de la santé, Xavier Bertrand, demandait notamment que la cotisation des infirmiers salariés devienne "*facultative*"³. Cessation de paiement organisée de façon délibérée, au plus haut. Rideau.

Cette histoire n'est pas anodine. Elle porte sens. Rappelons que l'UNHPC n'était pas favorable à la création de cet Ordre⁴. La raison était que nous craignions une dérive corporatiste étroite qui bloquerait encore plus notre système en dressant une barrière et un "pouvoir" supplémentaires là où nous avons besoin de fluidité, d'articulation et de possibilités nouvelles de promotion sociale. Nous étions mal vus. Il convenait alors de soutenir cette création, comme tout le monde. L'Etat était à la manœuvre et s'opposer ne servait à rien.

Très vite heureusement, on a pu constater que l'Ordre et sa Présidente, forte d'une légitimité incontestable donnée et renouvelée par les urnes, étaient conscients du danger de corporatisme. Au vu des faits, aujourd'hui, la suspicion n'avait pas lieu d'être. Un travail considérable a été accompli, au plan national comme au plan international par Dominique Le Bœuf, son Conseil et son équipe. Cela vaut reconnaissance. Il suffisait d'assister à une réunion regroupant nos Ordres pour constater que l'Ordre infirmier était reconnu et respecté. Il avait su prendre une autorité de compétence et d'initiative très supérieure à ce qu'on aurait pu attendre compte tenu de la hiérarchie implicite mais si prégnante entre nos métiers. Du bon travail donc, incontestablement. Malgré ça un échec qu'on peut qualifier de lamentable. Les choses sont si violentes et caricaturales qu'on peut, sans attendre, tirer quelques enseignements et retenir quelques questions de cette incroyablement triste saga.

Très vite on a été surpris de la position de l'Etat. Très vite on a eu l'impression, et bientôt la certitude, qu'au plus haut niveau, les politiques voulaient détruire ce qu'ils avaient construit. Disons-le, on est là dans l'insupportable d'un Etat faible qui change d'avis au gré des modes démagogiques, incapable d'assurer la pérennité de ses actions et de ses engagements. Cette affaire est hélas caricaturale de beaucoup d'autres. L'action politique atteint dans le domaine de la santé le plus haut niveau de noblesse en matière d'action collective lorsqu'elle crée les



conditions de respect et de développement concret des grandes valeurs fondatrices de la République et du "vivre ensemble". La création de la Sécurité sociale ou celle de la CMU en sont de grands exemples parmi d'autres. Elle est une caricature lorsque les intérêts de petite politique du moment prennent le dessus dans la gestion du quotidien, lorsqu'elle sert à l'asservissement des budgets et des institutions à des modes passagères et changeantes ou à la consolidation d'intérêts particuliers.

Deuxième enseignement : les institutions professionnelles qui ne sont pas issues d'un combat collectif et long, qui ne sont pas le fruit d'une "conquête", sont fragiles. On en a un exemple ici comme on en a eu un avec l'échec de l'ANAES. L'Etat a cru bien faire en donnant une dimension institutionnelle à ce qui était compris comme une exigence professionnelle d'indépendance ou d'autonomie, utile à l'intérêt général. Mais, comme dit le dicton, on ne fait pas pousser une salade en tirant dessus. Pour pousser la métaphore, la salade ne pouvant se défendre, il arrive aussi que le semeur ait subitement l'idée de piétiner ce qu'il vient de semer.

Troisième enseignement : dans notre système étatisé à l'extrême, la notion d'indépendance professionnelle est au mieux incompréhensible, au pire insupportable par les gens de pouvoir.

Quatrième enseignement : ceux qui mettent en doute les particularités de notre métier sont renforcés par ce nouvel échec des tenants d'une nécessaire indépendance professionnelle. Il est des métiers qui n'ont pas besoin d'Ordre. Le critère discriminant majeur est celui de savoir si l'on peut juger ("évaluer" !) un métier socialement utile sur ses résultats. Si oui, pas besoin d'Ordre ni d'institution professionnelle pour garantir l'indépendance professionnelle, la déontologie ou la validité de l'évaluation. Dans le cas contraire, il faut des institutions professionnelles pour remplir ces nobles missions.

Comme pour la disparition de l'ANAES (un mois de juillet, déjà...), ce qui est sans doute le plus significatif c'est le silence de l'interprofession. Nos métiers se banalisent. Nos métiers se technicisent plus qu'ils ne se qualifient. La France est en pointe dans cette évolution. Avec la HAS, elle reste le premier et le seul pays démocratique au monde à fonder l'évaluation médicale sur une légitimité politique et non professionnelle.

Le débat demeure mais ce qui se passe avec l'ordre infirmier renforce la tendance. Nos autres Ordres devraient se faire du souci. Une fois de plus, le silence de l'interprofession surprend, pour ne pas dire qu'il déconcerte...

Enfin, comment ne pas se poser la question du devenir de l'Ordre infirmier ? On voit mal les politiques le supprimer officiellement. Dans les faits il est probable qu'il l'est déjà. En conséquence, on voit mal qui pourra avoir l'ambition d'en devenir demain Président. Ce serait étonnant d'échapper à l'élection d'un béni oui-oui un peu arriviste. On voit encore plus mal comment le nouveau Président pourrait assurer l'indépendance professionnelle en dépendant d'un budget alloué par l'Etat. L'ordre deviendra au mieux un succédané d'agence "indépendante", au pire un café de commerce pour notabilités ringardes et intéressées par les honneurs. Autre hypothèse, certains syndicats, qui ont eux aussi joué un rôle destructeur⁵, au-

ront ce qu'ils voulaient en fait : une officine au corporatisme étroit participant de fait au gel du système.

Rideau. Retour à nous-mêmes, à ce que nous voulons pour nos métiers, à ce que nous voulons qu'ils soient pour la société, pour les patients. Le savons-nous ? Sommes-nous capables d'en convaincre les "responsables" ? Ou sommes-nous condamnés à être de simples et humbles serviteurs d'un Etat qui se croit fort alors qu'il n'est que versatile ?⁶

Les propositions de l'assurance-maladie

Cette semaine, la CNAMTS a fait paraître un "**Rapport charges et produits 2012**" intitulé "**Propositions de l'assurance-maladie sur les charges et produits de l'assurance-maladie pour 2012**"⁷. L'assurance-maladie y fait "26 propositions d'amélioration de l'efficacité du système de soins". En effet, pour tenir l'objectif d'évolution des dépenses de santé fixé par le Président de la République l'an prochain (+ 2,8 %), il faudra infléchir de 2,2 milliards d'euros l'évolution « naturelle » des remboursements (+ 4,1 %). Les montants concernés sont du même ordre de grandeur de ce qu'ils étaient dans les propositions de l'an dernier. On est loin du compte si on se met face au déficit prévisionnel, mais la logique n'est pas ici de combler les déficits, il est seulement de pouvoir tenir les objectifs fixés par le Président. Il n'empêche, il faut lire avec attention ce document qui, parmi d'autres, va orienter le PLFSS. Outre les propositions qu'il renferme, il fait un point riche d'informations sur l'évolution des dépenses.

Relevons brièvement quelques passages.

Au vu de la progression des taux de prise en charge, la mise sous accord préalable (MSAP) est jugée efficace pour le développement de la chirurgie ambulatoire⁸, mais il n'y a pas d'analyse critique en termes d'évolution qualitative pour mesurer l'effet pervers d'une confusion probablement assez fréquente entre chirurgie rapide et chirurgie organisée.

Un rappel : "*L'UNCAM a recommandé dès 2008, dans son rapport au Parlement et au Gouvernement, de clarifier les coûts des missions de service public et d'identifier plus clairement les financements associés à ces missions*"⁹. Avec l'aide de la peur suscitée par l'Europe à la DGOS, on commence à progresser.

Un constat nous concerne directement : "*avec 40 % des dépenses les antinéoplasiques (anticancéreux) constituent la première classe des médicaments hospitaliers. Parmi eux, trois médicaments représentent la moitié de la dépense : Avastin®, Herceptin® et Mabthéra®*"¹⁰.

La CNAMTS se fait militante prudente de la convergence public-privé. "*Ces variations (des montants facturés) constituent une source d'inéquité entre les patients, qui se voient allouer par l'assurance-maladie des moyens différents à pathologie comparable. Elles aboutissent à des situations incohérentes en termes de prise en charge des frais d'hospitalisation par la collectivité. Dans un certain nombre de cas en effet la situation est paradoxale : se faire hospitaliser dans certains établis-*

sements coûte parfois moins cher à l'assurance-maladie, mais plus cher au patient qui doit payer des dépassements d'honoraires !"¹¹ Intéressant que ce soit la CNAM qui le dise... enfin !

Concernant la convergence, la CNAMTS juge souhaitable de conduire "une réflexion sur la participation des honoraires à la convergence et l'encadrement des dépassements"... Tiens ?

Elle "illustre l'incohérence de notre système de remboursement : l'assurance-maladie pourrait prendre en charge les dépassements d'honoraires en étant toujours bénéficiaire par rapport au montant facturé à l'hôpital public. Ainsi, il serait beaucoup plus cohérent de renvoyer l'intégralité du financement des contraintes correspondant aux missions d'intérêt général à des dotations particulières déterminées en fonction des coûts analytiques, et de favoriser parallèlement la convergence tarifaire dans le cadre de dépassements d'honoraires plafonnés."¹²... et prouve que "l'inéquité de traitement des patients est entérinée"¹³. On progresse...

"Au-delà du séjour hospitalier, des gains d'efficience sont possibles sur d'autres séquences de soins qui interviennent dans le parcours du patient. C'est en effet l'ensemble du processus de soins qu'il convient de prendre en compte"¹⁴. Où l'on voit apparaître une vieille idée à potentiel de restructuration très fort, celle du parcours de soins ou de l'épisode de soins... Peut être, un jour ?

La CNAMTS se plaint du fait que "peu de solutions sont proposées pour sortir de la situation actuelle de renchérissement incontrôlé des dépassements."¹⁵ On croit rêver...

La CNAMTS souhaite être associée aux travaux de l'ATIH et demande une "certification externe du processus de constitution et d'analyse de l'échelle nationale des coûts"¹⁶. On attend la réaction de la DGOS...

La CNAMTS reprend une fois de plus son idée de permettre la chirurgie de cabinet. Elle fait évoluer ses propositions en demandant maintenant "cadre juridique et une tarification adaptée aux centres autonomes". Constatons une fois de plus qu'on risque de payer très cher (les patients mais aussi les établissements) l'incurie de l'Etat qui ne sort toujours pas les décrets portants nouveau dispositif d'autorisation de la chirurgie et qui tergiverse, fait des études, consulte, réfléchit sur des thèmes hors sujet comme les hôtels médicalisés au lieu de passer aux actes concernant le tarif identique. De plus, les centres autonomes qui étaient prévus par le projet de décret vont maintenant apparaître suspects à la DGOS puisqu'ils sont proposés par la CNAMTS. La confusion du langage va nous faire perdre encore plus de temps.

Un débat plus général est ouvert par la presse qui constate qu'aucune mesure préconisée ne touche les assurés. Prise de conscience qu'il faut taper sur les réserves de productivité¹⁷ plutôt que sur les patients ou prudence visant à "éviter les polémiques, à l'approche d'échéances électorales importantes..."¹⁸ ? Chacun interprétera.

Le rapport sur les agences sanitaires

Le rapport présenté par Yves Bur¹⁹ au nom de la Commission des affaires sociales, en conclusion des travaux de la **Mission d'information sur les agences sanitaires** suscite, pour l'instant, peu de réactions. On peut le regretter. Le sujet est important. "24 272 personnes pour un budget d'environ 2,55 milliards d'euros"²⁰, cela vaut en effet attention ! En même temps, compte tenu du calendrier, on peut tout à la fois s'interroger sur le devenir d'un tel rapport et considérer que sa lecture critique est nécessaire car ses propositions sont nombreuses et un jour le sujet sera pris à bras-le-corps.

On avait regretté ici même²¹ la pauvreté du **Rapport sur les autorités administratives indépendantes** de MM. René Dosière et Christian Vanneste paru en Octobre dernier²² dans son court passage (2 pages...) sur nos 21 "AAI" (sur 42 retenues dans leur rapport). La question posée nous concernait pourtant au premier chef : "L'activité des AAI est-elle plus efficace que celle des administrations traditionnelles et des juridictions ?". Nous avons conclu notre chronique ainsi : "Il serait intéressant que les Parlementaires se penchent maintenant sur nos 21 AAI." C'est chose faite avec ce rapport. La question était suffisamment importante pour que le Président de l'Assemblée, Bernard Accoyer, s'implique personnellement et fortement afin qu'elle soit prise en charge.

La Commission présidée par Yves Bur ne retient, elle, que 18 "autorités sanitaires". Peu importe. Le rapport part d'une question posée par un groupe de travail de l'ENSP en 1995 "Les agences, nécessité fonctionnelle ou nouveaux démembrements de l'État ?"²³. Bonne question là aussi.

Les 17 propositions de la Commission "pour rationaliser le dispositif, clarifier la gouvernance et améliorer la transparence de leur fonctionnement" sont souvent importantes et toujours très concrètes. Nul ne restera insensible au fait, par exemple, que parmi elles on trouve la suggestion de plusieurs regroupements et d'une privatisation, celle de l'ANAP²⁴.

La proposition concernant l'INCa ventile ses activités sur trois autres Agences²⁵. L'institut serait donc dépecé, même si l'idée d'en faire une "instance de pilotage" donne un peu le change. Le Président-Rapporteur commente ainsi sa proposition "Concernant l'Institut national du cancer, ma proposition part d'une simple interrogation : Pourquoi certaines structures, créées en réponse à des crises sanitaires ou au fil de « chantiers présidentiels » ne pourraient-elles pas, au bout d'un moment, réintégrer le « droit commun » ?"²⁶. Les choses sont donc claires. Pourtant les commentaires "off" des parlementaires sont tout aussi clairs. "Politiquement c'est impossible. On ne touche pas au cancer". Dont acte... Mais cela pèsera dans l'avenir.

Pour rester sur l'INCa il est intéressant de constater que les parlementaires arrivent aux mêmes conclusions que nous concernant la gouvernance²⁷. Pour eux, il faudrait dans chaque agence : un CA, un Conseil scientifique, un "Conseil d'orientation ouvert sur la société civile" et une commission de déontologie²⁸. Ils préconisent donc un

schéma très proche de celui que nous avons suggéré pour l'INCa lorsque Xavier Bertrand avait sollicité une concertation sur la gouvernance de l'INCa après que les arbitrages aient décidé d'en faire une agence d'Etat et non plus la maison commune qui avait été décidée du temps du gouvernement Raffarin. Une fois encore, nous avons agacé. Les propositions des parlementaires montrent que nous n'avons pas tout à fait tort... Ils vont même plus loin que nous puisque le "*conseil d'orientation ouvert à la société civile*" n'était pour nous que consultatif, l'instance de décision restant le CA où l'Etat a la quasi-totalité des votes alors que les parlementaires lui donnent pour mission de "*fixer les enjeux et le programme de travail*". Nous répondions à l'époque à un double impératif : rendre sa dignité et sa fonction juridique au CA de l'INCa en en faisant une vraie instance délibérative entre représentants de l'Etat et non une simple chambre d'enregistrement des décisions du "pré-CA" d'une part, ouvrir une instance de consultation où l'ensemble des acteurs de la cancérologie pourraient s'exprimer librement tout en assumant la responsabilité de leurs propositions et prises de positions (alors que les débats du CA sont par nature confidentiels), d'autre part. A ce jour ces problèmes demeurent.

Ce rapport est donc important et il vaut d'être lu et discuté. Nous n'avons pas la place ici et nous nous contenterons de deux remarques.

- Lors de la parution du rapport Dosière - Vanneste nous avons été frappés de l'écart entre la qualité de la description de l'origine anglo-saxonne des agences de régulation (industrielles, de réseaux, de distribution...) et la méconnaissance totale de l'histoire et de l'origine spécifique de nos agences sanitaires. Il s'agissait pour la plupart d'entre elles non de réguler mais de protéger les responsables politiques lors des crises sanitaires²⁹. Pour cela elles avaient pour but de créer un espace, une distance d'expertise entre les politiques et les médias, de redonner ainsi aux responsables politiques un temps suffisant pour instruire la décision.

Le rapport Bur retrace bien cette origine de crise pour la plupart de nos agences. Curieusement il n'en donne pas la logique. Du coup les réflexions actuelles visant à redonner une responsabilité plus grande aux politiques manquent de perspective³⁰. C'est bien l'équilibre qu'il faut trouver et il y a bien là une spécificité des agences sanitaires.

- Notre deuxième remarque portera sur une difficulté déjà rencontrée dans le rapport Dosière - Vanneste. Nos parlementaires ont beaucoup de mal avec la notion d'indépendance. "L'indépendance" des agences d'Etat est là, nous l'avons dit, pour dégager la décision politique de l'urgence, de la pression des faits, par la création d'un échelon intermédiaire d'expertise. En fait d'indépendance, elles sont là pour en donner aux politiques dont elles dépendent.

On est loin du dictionnaire, loin de "l'indépendance médicale", loin aussi de "l'indépendance" qui était celle de l'ANAES, outil de l'indépendance d'une profession... Il nous faudrait plusieurs mots. Nous ne les avons pas. Du coup ce rapport est souvent contradictoire. Il mélange l'indépendance de l'expert et le quali-

ficatif d'agence indépendante. En fait d'indépendance, il insiste beaucoup sur la nécessaire implication des Tutelles et sur la nécessaire restauration de l'autorité politique. Il réduit souvent la notion d'indépendance à l'absence de conflits d'intérêts tout en réduisant ensuite cette question aux seuls rapports avec l'industrie. Il reprend aussi de façon parfois contradictoire cette notion lorsqu'il étudie les conditions d'une bonne gouvernance et d'un budget en demandant en fait l'exercice d'une tutelle plus forte.

Au total cette belle notion, cette belle valeur "d'indépendance" est brouillée et de fait vidée de son sens. On comprend finalement que le sujet central c'est la réforme de l'Etat et de son administration³¹. C'est la nécessité d'articuler et d'optimiser le fonctionnement de ce qui, de fait, s'assimile à des administrations plus souples³², plus "modernes", plus vivantes que l'administration traditionnelle...

Au total un rapport qui était nécessaire et qui est sans doute important, malgré ses limites. Un rapport dont il faut garder en mémoire les analyses et les propositions, qu'on les approuve ou pas, car elles influenceront certainement une partie des réformes à venir.

Les incitatifs tarifaires

Le "dossier" de la DREES paru cette semaine sous le titre "**La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires**"³³ mérite lui aussi intérêt et attention. On le sait, la notion d'incitatif est une notion d'avenir, pourvu que l'Etat ait des objectifs clairs et qu'il sache distinguer les innovations qui ont besoin d'incitatifs de celles qui n'en ont pas besoin. La culture ambiante est plus celle des appels à projets et des subventions que celle de politiques incitatives. Le sujet reste donc assez nouveau et peu travaillé. D'où l'intérêt de cette étude.

Hélas, disons-le, le résultat est décevant. Il l'est surtout compte tenu de la signature de Roland Cash qui nous avait habitués à mieux. Cette déception vaut pour la partie chirurgie ambulatoire, nous ne pouvons pas évaluer ici la seconde partie de cette étude consacrée à la dialyse.

On a en effet l'impression de lire un papier qui se veut très conventionnel, très (trop...) prudent, qui ne veut ni surprendre ni froisser un chef dont on sait que, jusqu'à maintenant, il ne veut pas... Non pas que le papier soit mauvais, mais *in fine* qu'apporte-t-il ? On se demande aussi à qui il est destiné. Ceux qui labourent le terrain de la chirurgie ambulatoire depuis 20 ans n'apprendront pas grand-chose si ce n'est qu'une fois de plus l'incitatif tarifaire dont on sait qu'il marche partout ailleurs, le tarif identique, n'est toujours pas pour demain. Les opposants y trouveront des arguments, ainsi que ceux qui s'évertuent à creuser les mauvais sujets. Surtout on est surpris de trouver sous une signature aussi réputée si peu de recul critique.

Ainsi, il est quand même surprenant de constater que le CHU retenu par l'étude, pratique de la chirurgie ambulatoire foraine, sans qu'il soit rappelé qu'il y a une loi depuis 20 ans et que même les CHU sont censés la respecter³⁴... La réalité est là, nous le savons, mais le constater

sans donner au lecteur la possibilité de prendre du recul dans un papier publié en 2011 au nom du Ministère !... De la même façon on voit apparaître les questions - sérieuses - de la maîtrise de la douleur ou du risque hémorragique en chirurgie ambulatoire. Très bien, mais on ne se pose pas la question de l'évaluation de leur prise en charge en séjour hospitalisé classique. Heureusement que la chirurgie ambulatoire est là pour nous pousser à le faire de façon plus sérieuse. Le cas emblématique, et difficile, est celui de l'amygdalectomie. Les auteurs ne rappellent pas que le risque hémorragique existe jusqu'à J 14 et ne se posent pas la question de savoir comment on gère ce risque lorsqu'on permet au patient de regagner son domicile à J + 2 ou à J + 3...

Il est surprenant que les auteurs ne s'interrogent pas sur le fait que les incitatifs tarifaires ont peu ou pas fonctionné jusqu'à ce jour alors même qu'ils affirment eux-mêmes que, jusqu'à aujourd'hui, "*cette politique incitative s'avère illisible dans ses détails...*"^{35, 36}.

Enfin il est dommage de retrouver quelques idées communément admises mais qui sont fausses comme celle qui fait croire que le développement de la chirurgie ambulatoire dépend des progrès techniques³⁷ alors qu'on devrait maintenant savoir qu'il dépend de progrès organisationnels. Ce sont ces progrès organisationnels qui désignent des domaines jusque-là délaissés pour susciter des progrès techniques. Par ailleurs il se trouve que certains progrès techniques apparus récemment et indépendamment ne s'opposent pas et parfois facilitent la prise en charge en ambulatoire. Mais sans capacité organisationnelle il n'y a pas de chirurgie ambulatoire, il n'y a que de la mauvaise pratique se traduisant par de la chirurgie rapide.

Il demeure que ce "dossier" est sérieux et qu'il apporte des mises à jour statistiques précieuses. Ainsi, pour certains actes le taux cible de 80 % est énoncé comme une évidence alors même que le potentiel de développement est évalué à partir d'un critère très restrictif, celui des séjours d'une nuit. Des expériences sont décrites où ce taux est déjà dépassé dans la réalité. De ce point de vue les esprits évoluent. Il faut s'en réjouir.

De la même façon les "anciens" seront amusés de constater que le vieux, violent et important débat sur la "substitution" a vécu. Il n'est même pas signalé ici. Par contre, il est souligné que le volume des opérations des varices diminue ou que sur d'autres actes, c'est l'ambulatoire qui a permis la prise en charge des augmentations de volume sans surcoût pour le pays³⁸... Comme quoi ! Intéressant aussi l'embryon de réflexion en termes d'économie comportementale dans la comparaison des attitudes médicales publiques face aux tarifs incitatifs et aux mises sous ententes préalables de la sécurité sociale.

Enfin, dans une période où la confusion des logiques micro et macro fait des ravages, par exemple dans la gestion des indicateurs, il est réconfortant de voir affirmer ici, même si c'est une évidence méthodologique pour tout économiste, une double approche selon que l'on se place du point de vue des pouvoirs publics ou du point de vue des établissements.

Bref, même si ce dossier est un peu décevant pour les spécialistes de la chirurgie ambulatoire, "*l'important*

c'est qu'on en parle" comme disait avec sagesse Martial Mettendorff lorsqu'il était à la DHOS pour commenter un rapport de l'ANAES sur la chirurgie ambulatoire, rapport qui, lui, était carrément mauvais. Le réalisme pousse parfois à rester optimiste.

Par ailleurs, la Mission Stratégie de la DGOS vient de faire paraître une note d'analyse sur "**Les hébergements alternatifs aux chambres d'hôpital**"³⁹. Passionnant, mais hors sujet et faux problème, vraie incitation à la mauvaise et dangereuse pratique de la chirurgie rapide (il "suffira" de les envoyer à l'hôtel médicalisé...)... à moins que le sujet soit celui de la prise en charge d'un hébergement décent pour les miséreux durant une période de convalescence, mais ce n'est hélas pas le cas.

Ces deux dossiers seront à n'en pas douter au centre des débats lors de la grande "*réunion de concertation*" organisée par la DGOS sur le thème de la chirurgie ambulatoire le 19 juillet prochain⁴⁰. On espère qu'ils oublieront le second, pour échanger plutôt sur celui de la DREES et pousser à une vraie politique d'incitation tarifaire par tarif identique dans chaque secteur, pourvue d'une vraie politique de communication, pérenne dans le temps et complétée d'une politique "innovante" de partage des fruits de la productivité gagnée...

Il aurait aussi fallu évoquer :

- le "**rapport Fourcade**"⁴¹ qui contient beaucoup de choses, mais dont le contenu était à peu près connu ;
- la proposition de loi dite "**PPL Fourcade**" qui a été votée en deuxième lecture à l'Assemblée. Elle est passée de 16 articles à 80 ! Certains sont très importants. Attendue par exemple la disparition des trous de garantie des assurances professionnelles des chirurgiens anesthésistes et obstétriciens. Inquiétante par exemple la perspective de remboursements bonifiés pour les médecins agréés par les mutuelles... Importante donc la commission mixte paritaire de la semaine qui vient.
- le point fait par l'ASN sur l'**état de la radioprotection en imagerie médicale** et les perspectives envisagées sur l'année 2011. Que ce soit dans les domaines de la radioprotection des patients ou des travailleurs, "*la situation n'est pas bonne*" a indiqué Jean-Luc Godet.
- le **rapport d'audit de l'IGAS**⁴² **concernant l'École des hautes études en santé publiques (EHESP)** remis jeudi au Ministre⁴³. Celui-ci demandait que "*soit effectué un bilan-perspective de l'EHESP près de quatre ans après sa mise en place effective et dans la perspective de la préparation de son nouveau projet stratégique*".

Mais tous ces sujets feront encore l'actualité tout prochainement.

Au total, du côté des Tutelles, une semaine qui n'était pas de vacances et qui méritait de rester au moins en éveil...

- ¹ Cf. : *Démission de la présidente de l'Ordre infirmier* - PARIS, 8 juillet 2011 - mh/so/APM polsan - MHOG8002 08/07/2011 11:03 ACTU ou Ordre infirmier : *Dominique Le Bœuf démissionne* - Infirmiers.com - 08.07.2011 - <http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/ordre-infirmier/ordre-infirmier-dominique-le-boeuf-demissionne.html>
- ² Dominique Le Bœuf avait été "élue triomphalement à la tête de l'ordre infirmier le 14 janvier avec 38 voix sur 48", soit près de 80 % des voix titrait Espace Infirmier le 20-1-2009. Cf. <http://www.espaceinfirmier.com/actualites/detail/8351/interview-de-dominique-le-buf-presidente-de-l-ordre-infirmier.html>
- Le 6 juin dernier, la majorité des conseillers nationaux ont encore renouvelé leur confiance à la Présidente "pour continuer de mettre en œuvre les valeurs qui fondent l'Ordre national des infirmiers" et mettre en œuvre le plan de restructuration arrêté.
- ³ Le 30 juin dernier, dans une lettre curieusement adressée à la fédération des personnels de services publics et services de santé FO (mais là aussi, sans doute, tout porte sens...), Xavier Bertrand résume son propos :
- "Des attributions inchangées pour les libéraux, une cotisation modique et facultative pour les salariés, un ordre infirmier qui, pour ces derniers, se recentrerait sur son rôle de représentation de la profession au plan national et international, voici un système qui serait, me semble-t-il, à la fois juste et adapté. Nous pourrions alors envisager de maintenir le caractère obligatoire de l'affiliation, laquelle serait, pour les salariés, de nature automatique, avec cotisation facultative."
- Actu soins précise : l'Ordre "se voit amputé de 85% des effectifs de la profession : les infirmiers salariés".
- ActuSoins 30 juin 2011 ou APM du 4-7-2011
- ⁴ Cf. la loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.
- Les Mission de l'Ordre sont listées sur le site de l'Ordre (<http://www.ordre-infirmiers.fr>), à la page: <http://www.ordre-infirmiers.fr/lordre-et-les-conseils-ordinaux/role-et-missions.html>
- ⁵ Dans un communiqué publié jeudi, la fédération des personnels de services publics et services de santé FO se félicite de ce courrier qui "répond en partie à [leurs] attentes".
- Dans un communiqué diffusé lundi, la fédération CGT de la santé et de l'action sociale estime que la "gratuité annoncée" est un "leurre" qui "permet de faire accepter par les professionnels une inscription à l'Ordre". Mais, "demain rien n'empêchera l'[instance] de fixer à nouveau un montant annuel de cotisation", s'inquiète le syndicat. La fédération demande l'abrogation de l'Ordre et le renforcement des prérogatives du Haut conseil des professions paramédicales.
- ⁶ Reprenant une phrase d'Anne Lauvergeon dans l'entretien qu'elle lui a accordé à la suite de son départ d'Areva, Le Monde titre ce vendredi "Areva aurait pu rêver d'un Etat plus constant". Anne Lauvergeon y dénonce en plus l'absence de stratégie de l'Etat en énumérant ses positions changeantes au cours de ces dix dernières années...
- Areva aurait pu rêver d'un Etat plus constant - Anne Lauvergeon, non reconduite à la tête du groupe nucléaire, défend son bilan et pointe les errements des pouvoirs publics* - Propos recueillis par Jean-Michel Bezat - Le Monde, vendredi 8 juillet 2011, p. 14
- ⁷ Ce rapport a été soumis jeudi 7 juillet à l'examen du conseil de la CNAMTS. Il y a été adopté par huit voix pour (CFDT, UPA, et les personnalités qualifiées François Jollierc - UNSA et Jean-François Chadelat - Fonds CMU), sept contre (CGT, Mutualité Française, Fnath), 16 prises d'actes (Medef, FO, CFTC, CFE-CGC, Unaf et Ciss) et trois abstentions (CGPME). Il le sera auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), avant d'être transmis au Parlement dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2012.
- ⁸ Cf. p. 8
- ⁹ Cf. p. 10
- ¹⁰ Cf. p. 31
- ¹¹ Cf. p. 34
- ¹² Cf. p. 36
- ¹³ Cf. p. 37
- ¹⁴ Cf. p. 39
- ¹⁵ Cf. p. 34
- ¹⁶ "La CNAMTS signale qu'en tant que cofinancier de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), elle souhaiterait pouvoir être associée à sa fonction d'analyse et d'étude et réclame une "certification externe du processus de constitution et d'analyse de l'échelle nationale des coûts (ENC)". Cf. la Dépêche APM : *La CNAMTS propose d'accroître la transparence du financement des établissements de santé* - vg/ab/APM polsan - VGOG5002 05/07/2011 19:01 ACTU
- ¹⁷ Cf. le § 4 intitulé "Des gisements importants d'efficience", p. 28...
- ¹⁸ Cf. par exemple : Olivier Auguste - *Assurance-maladie : 2,2 milliards d'économies proposées* - Le Figaro du 6-7-2011 ou Laetitia Clavreul - *Sécu : 2,2 milliards d'euros d'économies nécessaires en 2012* - Le Monde du 7 juillet 2011
- ¹⁹ Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la Commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les agences sanitaires n° 3627 déposé le 6 juillet 2011 (mis en ligne le 8 juillet 2011 à 12 heures) par M. Yves Bur
- Cf. : mail UNHPC n° 11/380 du 7 juillet 2011 ou <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3627.asp>
- ²⁰ Cf. p. 8
- ²¹ Cf. : La chronique de l'UNHPC n° 10/44 du lundi 2 novembre 2010
- ²² 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 - 28 octobre 2010
- Cf. : <http://www.christianvanneste.fr/rapport-sur-les-autorites-administratives-independantes-aii/> ou <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2925-ti.asp>
- ²³ Cité p. 7 du rapport
- ²⁴ Cf. p. 29 : "Les missions de cette agence, qui est également un groupement d'intérêt public, pourraient être tout à fait remplies par un organisme de droit privé, à l'échéance de cette agence.
- Il semble cohérent à votre Rapporteur que les missions d'aide à l'optimisation et à l'efficience des établissements de santé qui à terme génèrent des gains de productivité puissent en effet être assumées financièrement par ces établissements.*"
- ²⁵ Cf. p. 27 : "Le volet recherche de l'institut pourrait fort bien être assuré par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale sur le même modèle que l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales afin que la priorité donnée à la lutte contre le cancer reste intacte.

- Son volet prévention serait transféré à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé doté d'un savoir-faire dans ce domaine.
- Quant aux actions d'évaluation, elles pourraient être assumées par la Haute Autorité de santé, agence chargée d'élaborer des recommandations."
- 26 Cf. p. 76
- 27 Cf. le document de proposition produit par l'UNHPC en réponse à la sollicitation faite aux membres du CA de l'INCa par Xavier Bertrand, Ministre de la santé : *Gouvernance de l'INCa : Note de proposition préparatoire au CA du 21 décembre 2006* - UNHPC 6-12-2006. Longtemps après, en juillet 2008, l'INCa avait installé un pseudo-succédané de notre proposition de "comité consultatif" sous le titre de "comité consultatif des professionnels de santé" ce qui montre que l'idée demeurait.
- 28 Cf. p. 33 : "Un système de gouvernance à généraliser :
Par ailleurs, votre Rapporteur recommande que le système de gouvernance des agences soit constitué selon le modèle suivant :
- un conseil d'administration chargé de la gestion administrative et financière ;
 - un conseil scientifique délivrant une expertise de qualité ;
 - un conseil d'orientation ouvert à la société civile fixant les enjeux et le programme de travail ;
 - et une commission de déontologie."
- 29 Le mot de "crise" revient très souvent dans le rapport qui insiste souvent sur le fait que beaucoup de ces agences sont le fruit direct d'une crise. Cf. entre autres pp 8, 9, 10, 13, 22, 27...
- 30 Exemple p. 50 : "Votre Rapporteur estime qu'il ne faut pas faire porter la responsabilité de la décision aux experts car, au final, lorsque survient une crise sanitaire majeure, tous les regards se tournent vers le ministre qui doit assumer ses responsabilités. Lors de son audition, M. Xavier Bertrand a d'ailleurs déclaré que « la responsabilité politique ne se délègue pas ». Il convient de réaffirmer que c'est au pouvoir politique de prendre les décisions et non aux experts. Pour votre Rapporteur, le pilotage de la santé publique relève donc de l'autorité politique à travers les services ministériels, avec le concours des agences et de leur expertise."
- 31 Cf. p. 16 : "La mise en place d'une agence permet surtout au pouvoir politique d'afficher clairement et rapidement ses priorités dans un domaine précis. Les agences incarnent une politique publique sanitaire décidée par l'État et elles peuvent mobiliser rapidement les moyens nécessaires."
et p. 21 : "I. Une autonomie artificielle : L'autonomie dont bénéficient les agences est relative, tant la tutelle est présente dans les instances de gouvernance et conditionne leurs ressources financières."
- 32 Cf. entre autres p. 14 : "Le modèle administratif de l'agence permet une flexibilité dans la gestion des ressources humaines et des moyens financiers."
- 33 Evelynne Cash, Roland Cash et Catherine Dupilet - *La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires* - DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère de la santé) - Dossiers solidarité et santé N° 21, 2011
Cf. mail UNHPC n° 11/376 du 5 juillet 2011
- 34 Pour prendre la mesure de notre accoutumance, on peut tenter une comparaison. Imagine-t-on notre réaction devant une étude sur la sécurité routière éditée par le Ministère de l'Intérieur qui constaterait que des personnalités témoin roulent régulièrement à 330 km/h sur l'autoroute sans en tirer d'autres conclusions que le fait qu'elles consomment plus d'essence que le commun des mortels ?
Cf. p. 15 : "La réalisation de l'ambulatorio sur un ou deux lits dans tous les services ne fait évidemment rien gagner à l'établissement."
Cf. p. 18 : "Toutefois, les coûts de l'établissement pour l'ambulatorio ne sont pas optimisés, en l'absence d'organisation dédiée."
- 35 Cf. p. 16
- 36 Le risque est aussi de renforcer les tenants d'une régulation administrative ou de contraintes sur le corps médical sur le mode de prise en charge. Le rapport CNAMTS "*Charges et Produits 2012*" note par exemple avec satisfaction en citant ce rapport DREES que "*des travaux récents semblent montrer qu'elle [la MSAP] a été un levier plus puissant que les incitations financières qui ont été mises en place dans le même temps*"(p. 9). Faut-il rappeler qu'au plan international toutes les sociétés savantes multidisciplinaires dévolues à la chirurgie ambulatoire ont toujours insisté sur le fait qu'*in fine* la décision du mode de prise en charge doit être une décision médicale prise lors du colloque singulier avec le patient ? La prudence s'impose donc. En même temps il faut noter que la mise en œuvre de la MSAP n'a, jusqu'à maintenant, pas contredit ce principe.
- 37 Exemple d'affirmation communément admise, mais pourtant fautive, p. 18-19 : "Avec les nouvelles techniques anesthésiques et chirurgicales, la chirurgie ambulatoire s'inscrit dans l'évolution naturelle de la prise en charge hospitalière, avec la tendance au raccourcissement des prises en charge". Si cela était si "naturel", comment expliquer notre retard depuis 20 ans alors même que nous avons plutôt de l'avance en France pour la mise en œuvre des techniques chirurgicales (cf. la cœliochirurgie...) ou anesthésique "nouvelles". On se rappelle la même erreur commise par le Ministre Bernard Kouchner premier à distinguer des priorités de santé publique et y mettant dès la première année la chirurgie ambulatoire qui affirmait : "*la chirurgie ambulatoire va moderniser l'hôpital*", puisqu'elle était la bonne pratique. Hélas c'était et c'est toujours tout l'inverse : c'est la modernisation de l'hôpital qui favorisera la chirurgie ambulatoire et non l'inverse. Là aussi, les faits l'ont prouvé. Ce sont de telles erreurs diagnostiques qui font que les politiques incitatives sont souvent inadaptées.
- 38 Exemple de la cataracte p. 13 : "Ainsi, la baisse des tarifs, justifiée en partie par l'augmentation tendancielle de la part ambulatoire, a permis d'absorber une hausse de 86.000 séjours à coût quasi-constant."
- 39 Cf. mail UNHPC 11/379 du 7 juillet 2011. Veille et prospective DGOS - Note d'analyse n° 4 - *Les hébergements alternatifs aux chambres d'hôpital* - Lundi 5 juillet 2011
- 40 Madame Podeur, directrice de la DGOS - Direction générale de l'offre de soins - libelle son invitation de façon très positive : "*Le développement de la chirurgie ambulatoire est un axe fort de l'évolution de l'activité de chirurgie depuis plusieurs années. Véritable saut qualitatif de la prise en charge, son bénéfice n'est plus à démontrer. Si l'on observe une nette progression sur des gestes ciblés, le taux global de chirurgie ambulatoire, bien que croissant reste encore en-deçà des enjeux engagés.*
Je souhaite partager avec vous, dans le cadre d'une large concertation, le diagnostic issu notamment des états des lieux réalisés au niveau national et en région, envisager les actions à mener sur les différents freins et leviers identifiés et définir la cible de développement de la chirurgie ambulatoire, à la fois ambitieuse et réaliste, à l'issue du SROS-PRS.
Par conséquent, je vous convie à une réunion de concertation qui se tiendra le : 19 juillet 2011 de 10h à 12h30"
- 41 Rapport au Parlement - Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé - Institué par l'article 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Présidé par Monsieur Jean-Pierre Fourcade, Sénateur des Hauts de Seine, Ancien ministre
Cf. mail UNHPC n° 11/382 du 8 juillet 2011
- 42 Inspection générale des affaires sociales
- 43 Hélène Strohl, Christophe Lannelongue - *Bilan perspective de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)* - Inspection générale des affaires sociales, juillet 2011
Cf. : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article210>

L'été de la nouvelle convention, de la correction de la loi HPST et d'autres orientations importantes

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/28

Date de parution : lundi 18 juillet 2011

Sujet : **Convention - PPL Fourcade - Dette - Incongruités**

Mots types : F. van Rookeghem - CSMF - Cour des Comptes - INCa - Seuils - Samu social - Hébergement - MACSF

Année 2011 - p. 104/210

Dans notre secteur "santé", l'été est souvent le moment des grandes décisions, celui de la parution de lois importantes. L'été 2011 et tout particulièrement la semaine qui vient n'échapperont pas à cette tendance.

Nouvelle convention

Il y a bien sûr le projet de nouvelle convention médicale. On nous dit que la conclusion est pour mercredi prochain, 20 juillet, mais que certaines questions importantes comme celle du secteur optionnel¹ seront réglées plus tard, par avenant...

Défaut d'animation, défaut de pédagogie, trop grande complexité des sujets, période d'été ? On ne peut qu'être troublé par le peu d'échos que ces négociations soulèvent auprès des professionnels. Il est vrai qu'il faut s'armer de courage pour attaquer la lecture des 91 pages du "**Projet de texte conventionnel**" et de ses 77 pages d'annexes². Une partie importante des conditions d'exercice des prochaines années en dépend pourtant.

A vrai dire, lorsqu'on a fait cet effort, à moins d'être spécialiste ou de participer aux négociations, il est difficile de se faire une idée claire sur les enjeux et sur les modalités concrètes des changements ou des non-changements opérés par le projet de nouvelle convention³. Lorsque Frédéric van Rookeghem rappelle les enjeux "*investir sur la prévention, le suivi des pathologies chroniques et la qualité des pratiques, optimiser les prescriptions, renforcer l'accès géographique et financier aux soins (le tiers payant sera étendu), accélérer l'informatisation des cabinets médicaux ou encore valoriser des consultations à « haute valeur ajoutée de santé publique »*" qui ne serait d'accord ? Lorsque la CSMF⁴ affirme qu'elle "*ne pourra pas s'engager si la convention 2011 ne contient pas d'une part « la mise en œuvre de la CCAM⁵ clinique (réforme des consultations) et la concrétisation d'une troisième tranche de CCAM technique sans actes perdants » et d'autre part « un investissement significatif pour les spécialités cliniques et pour les médecins généralistes dont le revenu est en baisse »*", qui ne souscrit ? Il en est de même pour l'affirmation des "*trois piliers de la rémunération : acte, forfait et objectifs de santé publique*"⁶, l'intention de "*soutenir la priorité de santé publique en matière de prévention et de dépistage*"⁷, "*favoriser la création d'une visite longue et complexe*"⁸ (sauf qu'on

n'en parle que pour les généralistes...), "*valoriser des spécialités utilisant les plateaux techniques lourds*"⁹ ou pour ou l'engagement "*à conclure un avenant à la présente convention avant le 31 décembre 2012 relatif à la définition d'un dispositif favorisant l'exercice pluriprofessionnel*"¹⁰, même s'il ne concerne toujours pas les spécialistes sur plateaux techniques...

Pourtant, bloquer sur la question des dépassements sous prétexte, certes sérieux, que les complémentaires ont quitté la négociation et alors qu'à côté d'un constat réaliste et de l'affirmation de l'urgence, les préconisations restent très faibles et le nécessaire engagement des politiques absent... ne peut qu'être qu'inquiétant. Nous le constatons souvent ici : plus on attend, plus la question sera difficile à résoudre.

Restent aussi pas mal d'étonnements, comme celui de constater que derrière les discours de façade, personne ne s'intéresse aux projets concrets comme celui de la réforme de notre K15 alors même qu'il s'agit d'une excellente illustration des principes affirmés et que ce projet devrait être porté en avant comme la preuve que ces principes peuvent déboucher sur une réalité concrète...

PPL Fourcade

La proposition de loi Fourcade modifiant la loi "hôpital, patients, santé et territoires" (HPST) du 21 juillet 2009 a été définitivement adoptée mercredi par le Parlement. Cette adoption s'est faite dans une certaine confusion. Lorsqu'on entend le rapporteur UMP¹¹ au Sénat, Alain Milon, déplorer la précipitation des travaux sur un texte "*devenu pléthorique*", regretter le manque de temps qu'ont eu les parlementaires pour le travailler et conclure "*j'espère qu'on n'a pas fait trop de bêtises*"¹²... on s'inquiète quand même un peu !

Parmi les discussions importantes des derniers jours signalons les modifications apportées à l'ordonnance de biologie. Deux sont particulièrement significatives :

- dans la nouvelle définition de l'examen de biologie médicale résultant de l'ordonnance sur la biologie médicale, la loi rétablit la distinction entre ces examens et les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques. Enfin ! est-on tenté de dire... ;
- pour "*respecter les règles d'indépendance profession-*



nelle", le texte précise que *"la fraction du capital social détenue, directement ou indirectement, par des biologistes médicaux exerçant au sein du laboratoire de biologie médicale et possédant une fraction du capital social ne peut être inférieure à un pourcentage déterminé par décret"*. En matière de garantie d'indépendance, tout dépendra de la fraction...

Très importantes aussi les discussions et les décisions sur la couverture des sinistres élevés et la RCP¹³ ou sur les réseaux mutualistes désormais ouverts à tout professionnel qui en fait la demande (un décret est prévu, sa rédaction sera à suivre de près) et confirmés à titre expérimental. L'introduction de l'Autorité de la concurrence dans notre secteur via la remise tous les trois ans d'un rapport sur les réseaux de soins est aussi une porte qui s'ouvre sur un champ jusqu'ici pas ou peu exploré : celui du respect des règles de concurrence dans le système de santé. Mais au-delà de la question des réseaux mutualistes et des conflits d'intérêts qu'elle souligne, la question de l'institutionnalisation des prises en charge coordonnées, du paiement à l'épisode de soins, de la création de HMO¹⁴ à la française comme celle du reste à charge restent entières. La mutualité se pose en unique défenseur des patients. Certes elle a ses responsabilités et elles sont importantes, mais on a envie de dire *"que fait et à quoi sert donc la sécurité sociale" ?*

Cette loi était l'occasion de prendre en charge de nombreuses propositions du rapport d'E. Hubert. On est sans doute assez loin de ce qu'on pouvait espérer, la nouvelle SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) en est une des illustrations.

Il y a de tout dans ce fourre-tout qui a été mouvant jusqu'au dernier jour. Une lecture attentionnée afin d'en mesurer et d'en hiérarchiser la portée fait sans doute partie des devoirs de vacances, ennuyeux mais obligatoires...

Il faudrait aussi évoquer, entre autres, concernant cette fois le rapport Fourcade sur l'évaluation de la mise en application de la loi HPST, la question de la création d'un ORDAM¹⁵. Au-delà des craintes de la CSMF¹⁶ cette question demeurera. De même pour ce qui est de la régression sur la question de la gouvernance de l'hôpital : les parlementaires au lieu de consolider la création d'une vraie fonction de direction ont eu la tentation de revenir à l'ancienne culture de la gestion de l'équilibre des pouvoirs et des statuts. Jean-Pierre Fourcade quitte la vie politique après des années et des années d'engagements. Le sort donné à son dernier rapport sera à surveiller dans les prochains mois.

Dette des établissements publics

Hors de notre secteur "santé", la semaine prochaine devrait être une fois de plus décisive sur les questions de la gestion de la dette, de l'avenir de l'Europe et de notre monnaie. Les faits le montrent une fois de plus, quoi qu'on en dise : les politiques ont encore des responsabilités importantes et des capacités d'initiative ou de défaut de prises de responsabilités qui déterminent très largement la vie des peuples.

Sur cette question décisive de la dette, on connaissait bien notre part de responsabilité propre avec le déficit des comptes sociaux et plus particulièrement des comptes de l'assurance-maladie. On savait aussi la responsabilité lourde des politiques sur les orientations en matière d'investissements dans les hôpitaux. Il s'ajoute maintenant une nouvelle dimension : non seulement ces investissements ont souvent été mal, voire très mal orientés, mais la Cour des Comptes attire l'attention sur le fait qu'ils ont parfois été mal, parfois très mal financés. *"l'encours de la dette des établissements publics de santé, jusqu'alors peu endettés, a plus que doublé, passant de 10,1 Md€ à 24 Md€ entre 2004 et 2010"*. *"Certains établissements ont eu recours dans des proportions parfois importantes et dangereuses à des emprunts structurés, dont certains sont désormais prohibés par la charte de bonne conduite conclue, sous l'égide de l'Etat, entre certains établissements de crédit et des associations d'élus locaux."*¹⁷ Tout cela va structurer notre avenir et devrait, pour le moins, susciter plus d'attention...

Incongruités

Cette semaine nous a aussi mis en face de quelques incongruités.

- L'INCa¹⁸ et la DGOS ont remis à jour la *"fiche d'actualisation de la méthodologie de calcul des volumes d'activité pour vérifier le respect des seuils dans le cadre des autorisations de traitement du cancer"*¹⁹. C'est très bien et très normal, tout à la fois. Sauf qu'il n'y a toujours rien sur la radiothérapie libérale. Ce n'est pas grave car nos centres de radiothérapie sont, sauf exception rare s'il en existe, au-delà du seuil des 600 patients. C'est gravissime si l'on considère que les volumes d'activité pris en compte dans un dispositif officiel d'autorisation préalable sont... déclaratoires. C'est une illustration nouvelle, s'il en fallait, du scandale du refus opposé par la DGOS à l'extension du PMSI descriptif à la radiothérapie libérale. En plus on voit venir la suite : le jour où le scandale éclatera, "on" essaiera de nous faire porter le chapeau !
- Dans une tribune du Monde²⁰, Julia Peker, bénévole au SAMU²¹ social de Paris s'adresse au Maire de Paris : *"vous n'ignorez pas la situation alarmante du SAMU social. Les budgets dévolus à l'accueil des personnes à la rue connaissent des diminutions drastiques : les centres d'hébergement d'urgence ferment leurs portes, et les nuits d'hôtel destinées à pallier les 13 000 places manquantes dans les centres d'Ile-de-France se font de plus en plus rares. Le budget destiné aux familles baisse à lui seul de 24 %, jetant sur le trottoir un nombre considérable d'enfants, de femmes et d'hommes livrés à des vies impossibles..."* *"Le manque de places était déjà très préoccupant mais, depuis le 1er juillet, plus aucune femme ne peut compter sur les centres d'urgence gérés par le SAMU social pour échapper à la rue..."* Elle lui demande de *"trouver un bâtiment pour accueillir ne serait-ce que quarante femmes..."*
- Le surlendemain²² Bertrand Delanoë lui répond. Sur l'illustration ponctuelle il rassure : *"toutes les places*

supprimées ont été compensées, grâce à la Ville de Paris, en lien avec le SAMU social et l'association Aurore". Sur le fond il confirme. "Si l'Etat ne revient pas sur ces dispositions, 15 000 personnes se retrouveront à la rue dès le mois d'août".

Nous sommes dans un des pays les plus riches du monde, au XXI^e siècle ! Pendant ce temps la DGOS, sous prétexte de chirurgie ambulatoire, promeut une étude sur les hôtels médicalisés. Bien sûr le sanitaire ce n'est pas l'enveloppe du social. Mais on se surprend à se poser la question : ne pourrait-on pas réorienter certaines des réflexions de la DGOS²³ ? Il y a bien des gens à loger en urgence, mais certainement pas les patients issus d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire qui ne devraient être "lâchés" (sur critères d'aptitude à la rue", mieux, de "home readiness") que pour rentrer chez eux sans besoins sanitaires spécifiques qu'ils ne puissent assumer par eux-mêmes.

- **"Le groupe MACSF** (*Mutuelle d'assurance du corps de santé français*), premier assureur des professionnels de la santé, et Colony Capital annoncent l'acquisition par la MACSF du domaine Château Lascombes, second grand cru classé de Margaux."²⁴ On savait que certains banquiers, en transgressant le tabou séculaire de non-spéculation, avaient perdu contact avec tout repère éthique, tout sens des réalités et des responsabilités économiques. Les Mutuelles d'assurance vont-elles prendre un chemin semblable ? La très grande qualité des vins d'AOC²⁵ Margaux ne fait rien à l'affaire... Si le slogan MACSF est bien "*Notre vocation c'est vous*", il va falloir choisir : le vin ou nous... En tous les cas, voilà un exemple de dignité professionnelle entachée sinon perdue. On s'en serait bien passé.

¹ Réduit semble-t-il à la chirurgie, à l'anesthésie, et à l'obstétrique. Cf. Sous titre 4, p. 53 du projet
² Téléchargeable sur <http://www.lequotidiendumedecin.fr/dossier/projet-de-convention-medicale-07072011>

³ Plan :

- Titre 1 - Conforter l'accès aux soins
- Titre 2 - Développer la coordination des soins
- Titre 3 - Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficacité du système de soins
- Titre 4 - L'exercice conventionnel
- Titre 5 - Moderniser et simplifier les conditions d'exercice
- Titre 6 - Vie conventionnelle
- Annexes 1 à 21

⁴ Confédération des syndicats médicaux français

⁵ Classification commune des actes médicaux

⁶ Article 25 p. 32 Titre 3

⁷ Article 27

⁸ Article 27.2, p. 44

⁹ Article 27.3, p. 44

¹⁰ Titre 2, p. 23

¹¹ Union pour un mouvement populaire

¹² Cf. : APM hm/ab/APM polsan - HMOGD003 13/07/2011 13:11 ACTU

¹³ Responsabilité civile professionnelle

¹⁴ Health maintenance organization

¹⁵ Objectif régional des dépenses d'assurance maladie

¹⁶ La CSMF y voit "l'achèvement de l'édifice de l'étatisation de la médecine libérale" et une "maîtrise comptable en région". Le risque existe en effet.

¹⁷ Cela vaut la peine de citer le passage entier :

"Le cas particulier des établissements publics de santé

La dette des établissements publics de santé ne fait pas partie de la dette publique locale. Pour autant, l'examen par les chambres régionales des comptes de la gestion de la dette hospitalière les a conduites à faire des constatations très comparables à ce qu'elles ont observé pour la dette des collectivités locales. Les établissements publics de santé sont confrontés aux mêmes problématiques en matière d'endettement. Ils se financent auprès des mêmes prêteurs et ont recours aux mêmes produits financiers, y compris aux emprunts structurés très largement diffusés dans le monde hospitalier. Les choix effectués en matière de gestion de la dette soulèvent des questions de même nature. En sept ans, l'encours de la dette des établissements publics de santé, jusqu'alors peu endettés, a plus que doublé, passant de 10,1 Md€ à 24 Md€ entre 2004 et 2010. Elle représente désormais 1,5 % du total de la dette publique, au lieu de 1 % en 2004 et 1,2 % du PIB, au lieu de 0,6 % en 2004. Pour répondre à cette situation et plus généralement aux risques d'un « dérapage » de la dette des opérateurs de l'Etat, la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 a autorisé le Gouvernement à encadrer par décret le recours à l'emprunt des établissements publics de santé.

Certains établissements ont eu recours dans des proportions parfois importantes et dangereuses à des emprunts structurés, dont certains sont désormais prohibés par la charte de bonne conduite conclue, sous l'égide de l'Etat, entre certains établissements de crédit et des associations d'élus locaux.

De surcroît, les directeurs d'établissement sont seul compétents pour prendre les décisions en matière d'emprunt et plus généralement, de gestion de la dette. Comme elle le recommande pour le secteur local, la Cour estime nécessaire de mieux associer les conseils de surveillance à la définition de la stratégie d'endettement et au contrôle de la gestion de la dette."

Cour des comptes - La gestion de la dette publique locale - Encadré p. 14 et 15 - juillet 2011 - 205 p

¹⁸ Institut national du cancer

¹⁹ Cf. mail UNHPC 11/391 du 14/7/2011

²⁰ Cf. : Le Monde du 13/7/2011, p. 19

²¹ Service d'aide médicale d'urgence

²² Cf. : Le Monde du 15/7/2011, p. 13

²³ Direction générale de l'offre de soins

Cf. la note d'analyse de la Mission Stratégie de la DGOS sur "Les hébergements alternatifs aux chambres d'hôpital" : Note d'analyse numéro 4 du lundi 5 juillet 2011, diffusée par mail UNHPC 11/379 du 7 juillet 2011

Cette note faisait suite à la note Veille et prospective DGOS - La chirurgie ambulatoire en Grande Bretagne et aux Etats-Unis - Note d'analyse numéro 3 - Jeudi 12 mai 2011, diffusée par mail UNHPC 11/321 du 2 juin 2011

²⁴ Cf. : Communiqué de presse MACSF du 11 juillet 2011 : "La MACSF annonce la signature d'un accord avec Colony Capital portant sur l'acquisition de Château Lascombes". "Le groupe MACSF, premier assureur des professionnels de la santé, et Colony Capital annoncent l'acquisition par la MACSF du domaine Château Lascombes, second grand cru classé de Margaux." "Ce domaine de renommée mondiale compte plus de 110 hectares au cœur du vignoble bordelais. Le domaine Château Lascombes est le premier producteur en volume de l'AOC Margaux avec une production annuelle supérieure à 500000 bouteilles. Elle est commercialisée dans le monde entier avec une répartition de 40% aux Etats-Unis, 30% en Asie et 30% en Europe.

Dans un contexte financier globalement difficile, cet investissement unique s'inscrit dans une perspective de long terme pour la MACSF et lui permet de diversifier ses actifs sur un socle de valeur bénéficiant du classement immuable grand cru 1855. Le domaine a été consolidé par le travail de valorisation et les investissements réalisés par Colony Capital durant plus de dix ans..."

Le communiqué précise : "Premier assureur des professionnels de la santé, la MACSF, (Mutuelle d'assurance du corps de santé français), est, depuis plus de 75 ans, au service exclusif de toutes les personnes exerçant une profession de santé, libérale ou hospitalière en France."

Cf. : <http://www.macsf.fr>

²⁵ Appellation d'origine contrôlée

**La nouvelle convention
diversifie enfin les modes
de rémunération, mais confirme
les dépassements**

**Par contre, en
chirurgie ambulatoire
rien d'innovant...**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/29

Date de parution : lundi 25 juillet 2011

Sujet : **Nouvelle Convention - Chirurgie ambulatoire - Migac**

Mots types : UNCAM - CSMF - SML - MG-France - Le Bloc - Santé publique - Dépassements d'honoraires - Secteur optionnel - Oncologie - DGOS

Année 2011 - p. 108/210

Un **protocole d'accord conventionnel** a été signé le 21 juillet¹ par l'UNCAM² et trois syndicats de médecins libéraux (la CSMF³, le SML⁴ et MG-France⁵)⁶. La signature officielle de la nouvelle convention est prévue pour cette semaine. Nous voilà engagés pour 5 ans.

Des modes de rémunération diversifiés

Cette nouvelle convention est-elle adaptée aux temps qui viennent ? Ces temps promettent d'être durs. Il est trop tôt pour se prononcer. Si la question des "déserts médicaux", n'est toujours pas sérieusement prise en compte, on ne peut nier que la nouvelle convention ouvre quelques-unes des portes qui devaient l'être. C'est le cas en particulier pour les modes de rémunération qui sont "*diversifiés*". La convention confirme le paiement à l'acte bien sûr, mais prévoit aussi une rémunération "*à la performance*" (aujourd'hui encore uniquement réservée aux généralistes) et la possibilité de rémunérations forfaitaires. Comme le dit Michel Chassang⁷, voilà qui "*est porteur d'espoirs et de restructuration profonde du système de santé*". On peut bien sûr en discuter les modalités, en dénoncer l'aspect "usine à gaz"⁸, les restrictions à tel ou tel corps de métier... L'important était d'ouvrir les portes. Cela a été fait. Il faudra s'y engouffrer. Cela devrait être moins difficile que de les ouvrir.

Des outils pour agir sur la santé publique

Un point sans doute fondamental à souligner est la continuité entre le système de rémunération à la performance et la création il y a quelques années du "médecin traitant". La France était en retard en matière de santé publique. Il faut constater que nous avons maintenant les outils nécessaires à de véritables politiques de santé publiques. Malgré les défauts et les limites des systèmes nouvellement créés, ce qu'il faut noter c'est que la Sécurité sociale a maintenant la possibilité de tout connaître non seulement des pratiques mais aussi des pratiques reliées aux populations concernées. On peut s'en effrayer, à juste raison. On peut aussi s'en réjouir, à juste raison. La balance bénéfice/risque reste à établir en fonction de l'usage responsable ou irresponsable qui sera fait de ces nouveaux outils. Constatons que, comme pour le PMSI des années 80-90, il s'agit d'outils nouveaux qui nous étaient indispensables. Mais l'histoire est devant nous. Simple-

ment, elle peut maintenant se construire. Ce qui se passe ici est donc considérable. Cela vaut donc attention, engagement, formation pour maîtriser la complexité, capacité de proposition et de gestion, pouvoir suffisant pour en être acteur, établissement de règles communes et opposables pour garantir les droits de chacun, création d'organisations adaptées... et donc capacités de propositions et d'initiatives.

Les dépassements d'honoraires

Par contre, rien n'a été fait de fondamental concernant les dépassements d'honoraires. Le seul sujet qui vaille en matière de dépassements d'honoraires, c'est l'abrogation pure et simple du système avec l'officialisation et l'institutionnalisation de garanties en matière de rééquilibrage et de revalorisation des rémunérations.

Pourtant, chez nous comme ailleurs, on s'habitue à tout et, avec le temps, on en arrive à perdre ses facultés de discernement.

Il faut donc tout simplement rappeler une fois encore que le système des dépassements est contraire aux principes fondateurs de la sécurité sociale, qu'il est contraire à la déontologie médicale en cela qu'il introduit la négociation commerciale au cœur du colloque singulier et donc qu'il est corrupteur de la pratique médicale, qu'il condamne enfin la médecine libérale comme l'histoire le prouve puisque jamais une profession payée sur fonds publics n'a pu longtemps s'auto-allouer ses revenus sans disparaître dans la violence. Si elle est socialement utile et si elle n'a pas d'alternative, elle renaît sous une autre forme avec des modes de rémunérations plus pérennes. Or la médecine libérale, si elle a une utilité sociale incontestable a aussi une alternative avec la médecine salariée. Elle disparaîtra donc d'autant plus facilement. Les jeunes commencent d'ailleurs déjà à refuser de s'engager dans la médecine commerciale qu'on leur propose, ou alors ils y vont, mais sans aucun complexe, pour y faire leur commerce "tant qu'il est encore temps". Le temps s'accélère donc. Du point de vue financier, les dérives sont cumulatives et exponentielles. En plus on déforme une génération entière. Plus on attend, plus le piège se referme et plus il est difficile de s'en dégager. Le désastre était annoncé, certains le vivent déjà.

A qui la faute ? A l'Etat surtout et presque exclusive-



ment, car en matière de système de santé, nous avons une tutelle et c'est lui qui l'exerce. Quel est le sujet de fond ? C'est celui du reste à charge. On vit ce paradoxe que l'Etat reproche aux médecins d'exercer le "droit au dépassement" qu'il leur ouvre alors même qu'on ne leur propose pas de solution autre pour réguler leurs revenus. Redisons-le aussi, contrairement aux idées reçues les syndicats ont un côté admirable car ce sont eux qui proposent des systèmes pour amoindrir les dégâts. Le secteur optionnel est dans ce cas. C'est un moindre mal qui ne résout rien et risque d'étendre le mal en le moyennant, c'est-à-dire en régulant à la marge les "abus manifestes" d'un système par lui-même abusif⁹.

Une fois de plus la comparaison avec les parents qui restreignent la nourriture des enfants lors du dîner et qui mettent ensuite la bonbonnière dans la chambre s'impose. Ceux qui s'étonnent de voir la bonbonnière vide le matin sont des hypocrites. Ceux qui, dans un pareil système, critiquent les enfants qui établissent entre eux des règles pour éviter les abus conduisant à l'obésité ou au diabète n'ont rien compris : c'est le système qu'il faut critiquer, les enfants, en pareil cas, sont admirables. La comparaison avec les enfants n'a rien d'infamant. Dans les deux cas, la question c'est la manière d'exercer une tutelle. Bref, ceux qui constatent que la médecine libérale a été et est encore d'un apport indispensable à nos sociétés ne peuvent que fulminer contre l'irresponsabilité grave de l'Etat sur ce sujet.

Rien n'est réglé pourrait-on objecter, puisque le sujet est remis à la signature d'un avenant en septembre. Mais si, tout est réglé puisque le secteur optionnel est réofficialisé et qu'en conséquence le système des dépassements est pérennisé, même si son application est prévue pour fin 2012, après les présidentielles... On connaît l'issue d'une gangrène bien établie dont on ne prendrait en charge que la douleur ou la puanteur qu'elle génère. Les seules questions qui demeurent officiellement¹⁰ à la signature de ce protocole sont celles des discussions de marchands de tapis (une fois de plus !) avec les "complémentaires"¹¹. Or celles-ci ont, elles aussi, intérêt au système : il constitue leur marché et leur terrain de concurrence. La question qu'elles posent n'est hélas pas celle de la défense de leurs mandants, mais celle du contour du marché juteux qui s'offre artificiellement à elles. Au total, les consommateurs de Que Choisir ont donc bien raison de dénoncer ce projet comme "désastreux"¹². Le journal Les Echos¹³ a donc bien raison de souligner que "*l'un des problèmes les plus aigus pour les patients n'est pas résolu, celui des dépassements de tarifs des médecins à honoraires libres*". Il pourrait ajouter qu'il s'agit aussi d'un des problèmes le plus aigus pour la société (celui de la répartition de la charge et du niveau du reste à charge) ou l'un des problèmes les plus aigus pour la médecine libérale (celui de sa survie) et donc aussi pour la société, en ces temps de crise, puisque la médecine libérale est à ce jour la forme la plus productive de la médecine. Le même journal cite le Ministre, Xavier Bertrand, qui aurait dit "*l'objectif est de boucler enfin ce dossier. J'y crois plus que jamais*". Si la citation est vraie, il faut d'urgence lui faire savoir que non : faire ainsi, ce n'est pas "boucler un dossier", c'est seulement gagner du temps en refileant la patate chaude à son successeur (comme l'ont fait d'ailleurs les ministres précé-

dents, de droite comme de gauche...). Aujourd'hui, la machine infernale tueuse de la médecine libérale et fondatrice d'inégalités sociales est amendée mais confirmée. Il n'en demeure pas moins que nous sommes face à un désastre.

En oncologie :

"Docteur, ne soyez pas performant !"

Pour finir sur cette première approche de la future convention, nous ferons une remarque d'humour désabusé. Lorsqu'on écoute les discours très positifs sur le P4P¹⁴, le paiement à la performance au sens de bonne pratique, sur l'approche forfaitaire, même si ces nouveaux modes de rémunération sont aujourd'hui réservés aux généralistes, on ne peut s'empêcher de s'interroger une fois de plus sur l'oncologie médicale.

Un volet entier de la nouvelle convention porte sur "*la qualité de la pratique médicale*" et prévoit de donner des points en cas d'atteinte des objectifs. Ces points se traduiront en fin d'année par des bonus d'honoraires. Très bien. Mais alors pourquoi le stupide K15 payé pour un acte infirmier que ne fait heureusement pas l'oncologue, incitatif aux comportements déviants si ce n'est à la multiplication des actes n'est-il toujours pas réformé ? Comme expliquer que la réforme conçue il y a plus de dix ans de façon conjointe par les services de la CNAM¹⁵ et les représentants légitimes des oncologues, soutenue et mise en avant par de nombreux responsables dont nos ministres successifs, n'ait toujours pas vu le jour ? Rappelons qu'avant le Plan Cancer, à enveloppe inchangée, elle permettait de payer double l'acte intellectuel lorsqu'on avait la preuve que le dossier patient était passé en RCP¹⁶. N'était-ce pas de la qualité médicale ? Elle payait l'acte intellectuel, bien réel lui, et non plus l'acte infirmier fait par un autre et rémunéré par un GHS. Elle payait non plus à l'acte, mais sur la base d'un forfait pour trois semaines.

Y aurait-il contradiction entre les discours, les intentions et les actes ? A moins que ce soit une volonté de fait de tuer petit à petit l'oncologie médicale libérale ? Au vu du dossier de l'oncologie, après trois Plans Cancer, il est difficile de ne pas le croire¹⁷.

De même, que de belles protestations de bonne volonté pour payer des consultations longues aux médecins qui prennent en charge des malades d'Alzheimer, aux dermatologues, aux pédiatres, aux endocrinologues, aux psychiatres. Bravo ! Mais les consultations longues en cancérologie n'existent-elles pas ? N'y a-t-il pas d'annonce, de coordination, d'inclusion dans les essais cliniques ? Ne sont-elles pas utiles ? En a-t-on trop parlé depuis 10 ans ? Les Plans cancer sont-ils réservés au public ? Ou alors, fallait-il parler depuis 10 ans de réévaluation des rémunérations des oncologues pour en obtenir une comme c'est le cas pour les thermalistes ? Pour être entendu faut-il exiger des sous ?

La Croix qui titre "*Les médecins seront désormais aussi rémunérés à la performance*"¹⁸, Libération qui titre "*Performance sur ordonnance pour les médecins français*"¹⁹ auraient-ils dû préciser, "*hormis les oncologues qui étaient les premiers à le demander*". Le Monde qui titre son éditorial "*Allô, Docteur, êtes-vous « performant ? »*"²⁰ devra-t-il un jour titrer "*Allô, Docteur, j'ai un cancer, j'espère que vous n'êtes pas*

« *performant ?* »" Pourquoi un tel décalage entre les promesses, les intentions déclarées et les actes ? Pourquoi ?

Chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire est de nouveau à la mode, comme elle l'a déjà été à quelques reprises dans le passé. L'origine de cette mode est venue cette fois-ci d'une con jonction HAS²¹-ANAP²². On se souvient que l'an dernier à pareille époque, leurs présidents respectifs, Laurent Degos et Philippe Ritter, se promettaient d'obtenir la mise en place d'une politique incitative forte à base de tarif identique pour les séjours hospitalisés et ambulatoires, assortie d'engagements dans la durée, d'une politique de communication cohérente et de mesures de partage des fruits de la productivité gagnée. Comme ils avaient raison ! Grâce à leur entregent, ils ont obtenu de l'Elysée et de Matignon un "séminaire gouvernemental" réunissant tous les chefs de service du Ministère et qui devait en décider, très vite²³. Tous approuvèrent, sauf la DGOS²⁴. Sa directrice, Annie Podeur, essaya sans succès de convaincre ses collègues que la planification serait plus efficace. Depuis la DGOS s'active, crée des groupes de travail, sollicite tout le monde et fait de grands discours sur cette "*technique innovante*"... Nous sommes en effet en santé. En électronique l'innovation dure à peu près un an, mais il ne faut pas confondre, nous sommes à l'hôpital. La chirurgie ambulatoire a fait ses preuves, evidence based, avec le Pr James H. Nicoll, à Glasgow en 1910. En France, les premières recommandations de la SFAR²⁵ datent de 1990. Elle est dans le code de la santé depuis 1992. Elle a été la première priorité de santé publique lorsque Bernard Kouchner décida, lors de son premier passage au Ministère²⁶, que nous devions en avoir... Mais elle est toujours "*innovante*" ! Formidable !

Parmi les orientations des groupes de travail animés par la DGOS, la mode est aux indicateurs. Personne n'objectera que les indicateurs officiels concernant la chirurgie doivent aussi concerner la chirurgie ambulatoire. Dans la mesure où, officiellement, on a "*changé de paradigme*", que la chirurgie ambulatoire devient la règle et que la chirurgie d'hospitalisation classique doit être justifiée, il n'y a rien là que de très normal. Par contre lorsqu'on voit le groupe de travail "GDR" - pour "*gestion du risque*" - multiplier à l'envie des indicateurs "qualité sécurité" microéconomiques et les approximations potentiellement dangereuses (le groupe Clarté²⁷ parle "*d'actes traceurs*", la notion de liste d'actes éligibles refait surface...), on peut légitimement se poser des questions. L'Etat a-t-il vraiment besoin pour piloter le système hospitalier de connaître le turnover du personnel ou le nombre de patients sortant avec "*les documents appropriés*" ? En lisant bien on trouve quelques saines hésitations dans les documents du groupe Compaq-Hpst²⁸, plus averti depuis ses travaux avec l'AFCA²⁹ il y a des années et sollicité lui aussi. Ce groupe suggère par exemple que tel ou tel indicateur serait "*à favoriser plutôt dans un suivi longitudinal intra-établissement que pour une comparaison nationale*". Certes. Pourrait-on proposer par exemple qu'il y ait un indicateur de délai

pour mesurer le temps qui passe pour que l'Etat sorte les décrets d'autorisation de chirurgie qui sont un de fondements de notre système et que nous attendons depuis 2003 ? Bref beaucoup d'agitation pour pas grand-chose sinon sans doute quelques surcouches bureaucratiques (pour faire diversion ?).

Au vu de ces "*avancées*", mardi dernier, 19 juillet, Annie Podeur, Directrice de la DGOS organisait une "*réunion de concertation*" sur le thème de la chirurgie ambulatoire. Cette réunion était justifiée ainsi : "*Je souhaite partager avec vous, dans le cadre d'une large concertation, le diagnostic issu notamment des états des lieux réalisés au niveau national et en région, envisager les actions à mener sur les différents freins et leviers identifiés et définir la cible de développement de la chirurgie ambulatoire, à la fois ambitieuse et réaliste, à l'issue du SROS-PRS.*" Après une introduction consacrée à rappeler les vertus de la chirurgie ambulatoire, le travail s'est organisé sur trois temps : partage du diagnostic ; présentation et échange sur les actions ; échanges sur les perspectives de développement.

Beaucoup de monde invité (85 destinataires sur le mail de convocation) beaucoup de monde et beaucoup d'institutions et de services présents.

Un des participants faisait pourtant cette remarque à la sortie. Quand on est convoqué à ce type de réunion on se demande si on va y aller. On sait qu'on perd souvent son temps en allant à ce genre de grand-messe. Concernant la chirurgie ambulatoire, on en parle depuis 20 ans. Si l'Etat voulait vraiment, ça se saurait. Puis, quand on y est, on trouve ça sympathique. On voit des gens qu'on n'a pas l'habitude de voir. Ils s'expriment. On voit apparaître un certain consensus. On se dit qu'on a bien fait de venir. Et puis une fois sorti on fait le bilan. On constate qu'il n'y a rien de nouveau, que le jeu des acteurs reste le même, que tout s'agite mais que rien ne bouge. Le diagnostic semble hélas être le bon pour cette réunion-là aussi.

Que s'est-il passé en effet, en dehors du concert de violon pour cette "*pratique innovante*" ? Pas grand-chose à vrai dire. Annie Podeur a demandé un point juridique lorsqu'elle a entendu tel ou tel prononcer (très prudemment, en conversation particulière, rassurez-vous !) le mot "*illégalité*" à la suite d'une intervention décrivant une pratique systématique de chirurgie foraine... Etonnant ? Non, la DGOS reste très protectrice de certains. On le voit lorsqu'elle rappelle avec insistance ce qui est par ailleurs une évidence, le fait qu'en face d'un taux global de chirurgie ambulatoire il faille regarder le cas-mix de l'établissement. Plus significatif encore le fait de rappeler souvent que si l'on tente des innovations osées, on en restera toujours au niveau 1 de "*complexité*"...

On avait l'impression que la DGOS était surtout là pour distribuer le travail. Il fallait que la CNAM³⁰ étende les MSAP³¹ ; que l'ANAP accompagne les établissements, surtout les établissements publics, et qu'elle fasse des recommandations organisationnelles et professionnelles ; que la HAS fasse des recommandations de bonne pratique médicale ; que les sociétés savantes décrivent les actes éligibles... On a même eu une intervention stupéfiante visant à rappeler qu'il ne fallait pas confondre les

champs des recommandations de la HAS et de l'ANAP et donc que leurs recommandations devaient être distinctes. Dommage, nous qui espérons le contraire ! On va donc découvrir des recommandations en chirurgie ambulatoire qui "distinguent" l'organisation du reste. Cela sera vraiment innovant !

Au niveau des interventions on était frappé du silence des Fédérations d'établissements, du fait que les ARS³² n'avaient envoyé que des seconds couteaux, que seules les organisations médicales, sociétés savantes ou organisations représentatives parlaient tarif, bornes basses, rémunérations...

Pas grand-chose de nouveau donc, à part la confirmation de la volonté de l'ANAP de faire une étude comparative ciblée d'une quinzaine d'établissements publics et privés les plus dynamiques en ambulatoire (établissements au-dessus de 50 % de leur activité en ambulatoire) en vue d'identifier les facteurs clef de succès. Mais confirmation, derrière les discours, de la très grande prudence de la DGOS surtout concernant les établissements publics dont "*l'organisation est très complexe*" comme vous le savez, de sa méfiance des outils tarifaires³³ et, en conséquence, de sa très grande prudence en termes d'objectifs

puisque son ambition se limite à un objectif de 50 % de chirurgie ambulatoire à l'horizon de 2016³⁴.

Bref, on discourt depuis 20 ans, la réunion était fort sympathique, on en prévoit donc de nouvelles dès la rentrée. Pourquoi pas en effet ?... Comme on sait, en bureaucratie, plus on est nombreux, moins on décide et il a d'ailleurs été rappelé qu'on n'était pas là pour décider. Mais la DGOS voulait sans doute constater que si l'on ne décidait rien de significatif personne ne s'offusquerait vraiment. Ce fut le cas.

MIGAC

L'actualité chargée ne nous permet pas d'évoquer le rapport du sénateur Jean-Jacques Jégou sur les MIGAC³⁵. 8 milliards d'euros, la question est d'importance. "*Rationaliser la construction des sous enveloppes*", "*s'éloigner des dotations historiques*", améliorer le pilotage par les Agences, clarifier l'articulation entre enveloppes... Qui ne souscrit ? Il fallait donc évoquer ce rapport, en incitant à sa lecture attentive³⁶.

¹ Pour le texte intégral du protocole, du texte conventionnel et de ses annexes, cf. le mail UNHPC n° 11/401 du 21 juillet 2011

² Union nationale des caisses d'assurance maladie

³ Confédération des syndicats médicaux français

⁴ Syndicat des médecins libéraux

⁵ Syndicat des médecins généralistes de France

⁶ Par contre Le Bloc (Union des chirurgiens de France (UCDF), Association des anesthésistes libéraux (AAL), Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (SYNGOF)) et la Fédération des médecins de France (FMF) n'ont pas signé le protocole.

⁷ Président de la CSMF. Cité dans l'article : *Syndicales, associatives... : toutes les réactions après l'accord conventionnel* - Le Quotidien du médecin du 21/7/11

⁸ L'éditorial du Monde du 22 juillet 2011 dénonce ainsi "*Une incroyable usine à gaz pour récompenser les médecins "vertueux", c'est-à-dire ceux qui oeuvreront à l'amélioration de la prévention, au bon usage du médicament et au meilleur suivi des patients atteints de maladies chroniques.*"

⁹ Comme nous l'avons souvent souligné, ce n'est pas tant le niveau de dépassement qu'il faut combattre, mais son principe...

¹⁰ En fait il y en a d'autres. On pourrait citer le coté usine à gaz d'un système à trois niveaux : secteur 1 (médecins exerçant au tarif sécurisé sociale), secteur 2 (honoraires libres) et maintenant secteur optionnel. Citons aussi Le Bloc qui a parfaitement raison d'objecter les restrictions à certains médecins (la bonbonnière dans certaines chambres et pas dans d'autres, c'est forcément la révolution à l'étage...) : "*Es-brouffe ! Bruit et fureur pour ne rien changer sur le fond : un projet de convention qui maintient certes le secteur 2 inchangé, évitant la révolte annoncée des 85% des chirurgiens qui y sont déjà. Mais un projet de convention qui maintient aussi l'enfermement des chirurgiens,*

- anesthésistes et obstétriciens bloqués en secteur 1 : Le syndicat "Le BLOC", largement majoritaire avec près de 60% du collège II aux élections professionnelles, n'acceptera pas que ces praticiens en secteur 1, indispensables au fonctionnement des établissements, restent les otages de l'assurance maladie, dans le but d'en masquer la défaillance."* Le Bloc - Communiqué de presse du 18 juillet 2011. Le secteur optionnel serait déployé en septembre pour trois spécialités : anesthésie, chirurgie et gynécologie-obstétrique (minimum de 30 % d'actes en tarifs opposables, dépassement maximum de 50 % du tarif opposable par acte et quelques engagements), en attendant son extension dans trois ans.
- 11 "« Nous souhaitons clairement aboutir mais nous voulons des éclaircissements de la part du gouvernement", explique Fabrice Henri, président de l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire (Unocam). En particulier, celles-ci ne veulent pas de nouvelle taxe sur les mutuelles, comme cela avait été le cas lors du budget 2011 de la Sécurité sociale". Nathalie Birchém - Les médecins seront désormais aussi rémunérés à la performance - La Croix du 22/7/11
- 12 Communiqué du 18 juillet
- 13 Vincent Collen - Médecins : un accord à près de 400 millions d'euros - Les Echos du 22/7/2011. Tant qu'à faire en matière de "croyance", il vaut mieux écouter Claude Leicher, président de MGFrance parlant du nouveau système de rémunération à la performance : "J'y crois, car, comme tout professionnel, un médecin veut être fier de son travail. Il est le premier à avoir envie qu'on parle de la qualité de son exercice plutôt que de le soupçonner de multiplier les actes pour gagner de l'argent" (cité par Olivier Auguste - Médecins-assurance maladie : un accord à 380 millions d'euros - Le Figaro du 22/7/2011)
- 14 Acronyme de provenance anglaise (to pay for performance)
- 15 Caisse nationale d'assurance maladie
- 16 Réunion de concertation pluridisciplinaire, à l'époque UCPO (Unité de coordination pluridisciplinaire en oncologie)
- 17 Cette semaine est paru l'arrêté déterminant le nombre d'internes en formation. Il va dans le même sens.
Cf. notre mail UNHPC 11/405 du 21 juillet 2011 : Arrêté du 13 juillet 2011 déterminant pour la période 2011-2015 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision - J. O. du 21 juillet 2011 - Texte 27 - NOR : ETSH1119716A
"Par arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 13 juillet 2011, le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision pour la période 2011-2015 est déterminé selon les tableaux figurant en annexe."
On y trouve : Oncologie : de 116 internes en 2011 à 125 en 2015
Mais aussi Anatomie et cytologie pathologique : de 61 à 70 et Hématologie : 41 à 44
- 18 La Croix du 22 juillet 2011
- 19 Libération du 22 juillet 2011
- 20 Le Monde du 22 juillet 2011
- 21 Haute autorité de santé
- 22 Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- 23 *Séminaire stratégique chirurgie ambulatoire - Séminaire fermé organisé le vendredi 15 octobre 2010. Ce séminaire se termina par l'adoption d'un "Diagnostic partagé" ("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 Obligatoire) plusieurs constats sur la thématique chirurgie ambulatoire.")*
Il se prolongea le Mardi 23 novembre 2010 par un Colloque ANAP - HAS - AFCA : "Chirurgie ambulatoire : quel projet pour la chirurgie en France ?" Ce colloque était ouvert, sur invitation, à un grand nombre d'organisations (sociétés savantes, syndicats, fédérations d'établissements...).
Les diapositives support des interventions de ce colloque ainsi que le "Diagnostic partagé" du séminaire sont disponibles sur le site de l'ANAP www.anap.fr
C'est aussi à la suite de ces deux réunions que la DGOS a diffusé l'Instruction DGOS/R3/2010/457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque.
- 24 Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé)
- 25 Société française d'anesthésie et de réanimation
- 26 Circulaire DGS-SP1-VS1 / DSS-1A / DH-EO-AF2 / 97 - 790 DU 16/12/1997 - M. Aubry et B. Kouchner aux Directeurs d'ARH.
- 27 Consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé
- 28 Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
- 29 Association française de chirurgie ambulatoire
- 30 Caisse nationale d'assurance maladie
- 31 Mise sous accord préalable
- 32 Agence régionale de santé
- 33 Il est vrai, comme le remarquait un des représentants de la DGOS, qu'on trouve encore des responsables d'hôpitaux publics pour confondre chiffre d'affaires et résultats !
- 34 D'après le DGOS, nous sommes à 37,7 % en 2010
- 35 Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- 36 Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), par M. Jean-Jacques Jégou, Sénateur. Enregistré à la Présidence du Sénat le 29 juin 2011 sous le numéro 686.
Cf mail UNHPC n° 11/397 du 18 juillet 2022.
La présentation officielle du rapport est importante et significative : "La réforme de la tarification à l'activité (T2A), introduite en 2004, avait pour objectif de moderniser le financement des établissements de santé en passant progressivement d'un mode de financement par dotation globale à un système de rémunération lié à l'activité réelle des établissements.
Néanmoins, dès la mise en place de la T2A, il est apparu nécessaire de maintenir des sources de financement en dehors du principe général de tarification à l'activité pour certaines missions ne constituant pas des activités de soins quantifiables. De là découle la dotation relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).
Cette enveloppe de crédits, de plus de 8 milliards d'euros en 2011, constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et se situe à la croisée d'importantes réformes du secteur hospitalier. D'une part, son évolution a un impact direct sur la réforme de la T2A. D'autre part, de l'identification des MIGAC dépend, pour partie, la convergence tarifaire. Par ailleurs, ces dotations représentent un nouveau défi pour les agences régionales de santé, pour lesquelles le pilotage par la performance des dépenses hospitalières est au coeur de leur feuille de route.
Si le maintien des MIGAC demeure incontestablement nécessaire, leur volume doit être mieux maîtrisé et leur construction rationalisée. Quant à leur pilotage, il reste à parfaire afin de s'orienter vers un réel modèle d'allocation des moyens fondé sur la performance et l'évaluation des résultats."

"Choisir un professionnel de santé ou un établissement en fonction des critères qui m'intéressent..."

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/30

Date de parution : lundi 1^{er} août 2011

Sujet : **La CNAM informe le public sur les établissements**

Mots types : Ameli - Site Internet - Platines - Hospidiag - Activités - Prix - Reste à charge - Choisir - Praticiens - CME - CHU - Productivité - FMI

Année 2011 - p. 113/210

Est-ce une révolution ? En tous les cas cela y ressemble fort. La CNAM¹ a ouvert cette semaine un nouveau site donnant des informations quantitatives et qualitatives sur l'activité des établissements de santé et des praticiens qui y exercent².

www.ameli-direct.fr

Le titre choisi est accrocheur : "*Je choisis avant de consulter*". Le site permet en effet de rechercher et de comparer par praticien, par établissement ou par acte. Le commentaire insiste : "*ameli-direct.fr, le seul service qui m'aide à choisir un professionnel de santé ou un établissement en fonction des critères qui m'intéressent*"...³

Ce côté consommériste est nouveau mais il en dit long. La CNAM retrouverait-elle sa vocation de représentation des cotisants et donc, au-delà des travailleurs salariés, des citoyens ? La mode de l'approche "patients" et le silence de la CNAM nous faisaient oublier qu'elle était là pour être, en notre nom, un "acheteur intelligent".

Mais le mal était ancien et plus profond. Il remonte en effet aux erreurs stratégiques - le mot n'est pas trop fort - des années quatre-vingt-dix. A cette époque les dirigeants de la CNAM s'opposaient de toutes leurs forces, ils en avaient encore, au PMSI⁴. Ils oubliaient que selon le mot d'André Loth, responsable de la mission PMSI au Ministère durant la même période, "*l'information médicale a deux finalités majeures* :

- celle qui sert à soigner le système ou la structure (gestion du risque),
- celle qui sert à soigner le malade."⁵

A l'évidence il fallait au système de santé un étalon de mesure qui passe par la définition de "produits" hospitaliers, comme dans tout secteur de production. Il a fallu plus de 20 ans en France, là où les autres pays n'ont mis que quelques années, mais la T2A⁶ a heureusement fini par s'imposer. Il fallait à l'évidence savoir qui fait quoi et où, pour ensuite payer les établissements en fonction de ce qu'ils font et non pour ce qu'ils sont ou ce qu'ils étaient en 1983, comme c'était le cas depuis le budget global.

Le refus par la CNAM d'assurer ses responsabilités dans cette définition des produits hospitaliers et dans la gestion des bases de données nationales a été grave pour elle. C'est en effet une des causes majeures de la dispari-

tion de la CNAM des sphères de pouvoirs et de décisions sur le système hospitalier. On imagine aisément ce que serait la CNAM, et donc le système hospitalier, si elle avait conservé le contrôle des bases de données PMSI-T2A.

Il se trouve qu'elle conserve la maîtrise des bases de données CCAM⁷. On sait qu'elle y travaille et on a déjà vu sortir des produits tout à fait passionnants par ce qu'ils nous apprennent sur nous-mêmes. Beaucoup reste à faire mais le potentiel est là. Les outils nécessaires au traitement de ces bases vont inévitablement se développer, prendre de l'ampleur et nous devenir indispensables.

Voilà donc un nouveau site, sur les établissements, celui-là. Il prend place dans l'ensemble "Ameli" que beaucoup fréquentent déjà à partir de ses deux autres accès :

- www.ameli.fr : "*je m'informe sur mes droits et mes démarches*"
- www.ameli-sante.fr : "*je m'informe sur ma santé*"

Rares étaient ceux qui étaient informés de cette nouvelle initiative. Elle constitue donc une bonne surprise.

Les choses s'accélèrent

Depuis quelques années, constatons que les choses s'accélèrent. Il est loin le temps où seul le privé essayait de constituer ce type de bases en les ouvrant à tous.

Notons en effet que les bases PMSI sont assez largement disponibles ; que, sur son champ de compétence, l'INCa⁸ a tenu ses engagements en faisant ce que l'Etat n'avait jamais fait : donner la liste des établissements autorisés⁹ ; que la DREES¹⁰ a ouvert le site Platines¹¹...

Il y a un an l'ANAP¹² suscitait de grands espoirs en annonçant l'ouverture de son site Hospidiag, "*outil de pilotage de la performance hospitalière*"¹³. L'ANAP reprenait l'idée de constituer une synthèse de toutes les informations disponibles concernant les établissements. Un important travail a été fait, y compris en termes de présentation sous forme de tableau de bord structuré de 68 indicateurs¹⁴. A ce jour, les établissements ont accès aux pages les concernant, mais, hélas, c'est le seul moyen d'accès disponible¹⁵. Les établissements ne peuvent pas aller voir les pages de leurs concurrents. Seules les administrations ont accès à la totalité des informations. Le public n'a accès à rien. Cela traduit bien une conception du



rapport à l'information.

D'où vient cet écart entre ce qui était annoncé et la réalité ? D'un conflit entre la DGOS¹⁶ et l'ANAP : la DGOS reprend le vieil argument éculé et sans fondement selon lequel publier ces données serait attentatoire au secret des affaires ! Il faut donc souligner que toutes ces données sont déjà disponibles, à une exception près : les données financières concernant les établissements publics. Nous avons déjà eu l'occasion de le noter¹⁷. Du coup la CADA¹⁸ hésite. Elle porte le débat sur la diffusion en faisant une distinction subtile entre accessibilité et diffusion et en rappelant sa jurisprudence prudente sur la diffusion. Les choses sont donc bloquées.

C'est dans ce contexte que l'initiative de la CNAM est une réelle et bonne surprise.

Un prototype ?

Pour autant le produit est-il parfait ?

Non, assurément non. Il y a même du très mauvais car il y a des erreurs et des manques, du trop peu contrôlé. Il est très choquant par exemple de constater que certaines activités parfois très importantes et très significatives manquent à l'appel¹⁹ sur tel ou tel établissement.

A l'inverse le site tombe lui aussi dans le travers habituel consistant à donner les activités des AP²⁰, ou des CHU²¹ ayant plusieurs sites géographiques, au global et non site par site. Le lecteur non averti, c'est-à-dire celui à qui est destiné le site, a donc l'impression que les hôpitaux concernés font une activité colossale par rapport aux autres, ce que nous savons faux. Ne pourrait-on parler ici, pour de bon, d'un biais de concurrence ?

En tous les cas il y a un vrai biais de concurrence dans l'oubli proprement scandaleux, lui, de la radiothérapie libérale²². La CNAM est ici au niveau d'un mauvais article de presse du type du récent "classement" de l'Express. Navrant, choquant et pour tout dire, intolérable !

Tout cela justifie interventions fortes auprès de la CNAM et exigence de rectifications rapides.

Beaucoup d'autres critiques peuvent aussi être faites. En particulier si l'approche qualitative sous forme de qualification ("*importante*", "*moyenne*"...) est intéressante, il n'est pas normal que si peu soit dit sur les critères amenant à telle ou telle qualification et sur leurs limites. Sur la méthode employée, sur les sources des informations, sur les arbitrages faits, on trouve, mais il faut vraiment chercher²³. Ce manque relatif d'information est d'autant plus surprenant que les bulles informatives qui existent sont bien rédigées, dans une langue compréhensible par tous²⁴ et cela est suffisamment rare pour être noté.

Enfin, on a tout de suite envie de faire des suggestions pour l'apparition d'écrans manquants. Par exemple, si on prend l'annonce au sérieux, pourquoi doit-on faire par soi-même le tableau récapitulatif des activités, des prix, du reste à charge des établissements qui sont accessibles sur une même ville ? Il serait logique que de tels tableaux, tous statuts confondus, soient proposés pour "*choisir avant de consulter, en fonction des critères qui m'intéressent*"...

Bref on a l'impression d'être en face d'un premier prototype. Pris comme cela, il est remarquable. Le problème vient du fait qu'il est public et donc présenté, de fait,

comme un produit achevé. Raison de plus pour pousser la CNAM à parfaire, corriger, compléter rapidement son "prototype".

Trois autres considérations

Pour finir, en découvrant ce site, trois autres considérations s'imposent, parmi d'autres.

- Une question tout d'abord. La conception du site officialise-t-elle le développement d'**une médecine commerciale** ? Si on revient quelques années en arrière ou que l'on se place du point de vue des principes fondateurs de notre sécurité sociale, il est assez stupéfiant de constater que l'ossature du site est celle des sites de comparaison de prix. Une opération chirurgicale est-elle devenue un produit commercial comme un autre ? Un produit homogène et standardisé ? Le critère dominant de choix de l'opérateur est-il le prix ou le reste à charge ? La CNAM veut-elle officialiser et pérenniser plus encore des écarts qui ne devraient pas être, ou cela signifie-t-il qu'elle va maintenant tout faire pour les supprimer ? Sans les deux cas il faudrait aller rapidement jusqu'au bout de la démarche et avoir des données tout aussi complètes sur la qualité et les délais. En effet, tout acheteur sérieux juge au minimum sur les trois critères de base que sont pour lui le prix, la qualité et les délais. On en est loin, alors même que c'est à la CNAM de faire ce travail d'acheteur plutôt qu'au pauvre citoyen. Les spécialistes savent en effet que le citoyen souffre toujours du grave handicap qu'ils appellent l'asymétrie d'information... La question s'impose donc : quel rôle veut jouer la CNAM ? Si elle diffuse de l'information contrôlée et validée, il faut la soutenir et l'encourager, se réjouir de son soudain réveil. Si, prolongeant les dérives des dépassements d'honoraires, elle se fait l'instrument du développement d'une médecine commerciale, il serait temps de l'interroger, au plus haut niveau sur ses errements.

- **Des outils faits aussi pour la presse.** La deuxième considération qui vient à l'esprit, c'est le soudain progrès en matière d'information médicale. Autorisations, PMSI, CCAM, certification, accréditation, indicateurs,

La multiplication des sites spécialisés comme Platines, Hospidiag ou Améli, malgré leurs limites et leurs défauts, marquent un grand progrès dans le développement et l'accessibilité des informations sur les activités hospitalières. Autorisations, PMSI, CCAM, certification, accréditation, indicateurs... Tout cela se complète. Ces sites articulent ces sources, créent de la cohérence entre elles, permettent leur compréhension. On sait que la presse continuera longtemps à faire des articles sur les activités médicales. Le scandale en la matière fait vendre plus que tout. Mais il y a aussi des journalistes sérieux. La difficulté d'accès aux informations et leur complexité amoindrissait la qualité de leurs articles. De plus en plus ils auront sous la main les informations nécessaires pour faire rapidement de bons articles de vulgarisation. C'est nouveau. C'est un progrès important.

- **Un autre chantier reste à ouvrir.** Nous l'avons dit, l'apparition de ce site fait naître l'espoir que la CNAM sorte de ses erreurs stratégiques concernant ses responsabilités en matière d'information médicales et sa longue incapacité à réformer et à moderniser son système informatique. Ce rappel d'erreurs stratégiques que nous payons cher en souligne au moins une autre. Comment ne pas penser en effet à l'erreur, la faute lourde de l'État qui n'a pas su saisir l'occasion extraordinaire qui s'offrait à lui et donc à nous lorsque l'Allemagne a ouvert un appel d'offres pour choisir son système de DRG²⁵. Il fallait bien sûr tout faire pour saisir les politiques, les convaincre de s'emparer de ce dossier fondamental, tout faire, quitte à modifier notre système national de PMSI déjà âgé mais qui n'était toujours pas opérationnel, pour favoriser l'émergence d'un système franco allemand de définition des produits hospitaliers. L'Etat français n'a même pas concouru ! Il s'en est fallu de quelques semaines. La Mission T2A créée, elle s'est en effet immédiatement précipitée sur ce dossier, mais il était trop tard. Les Allemands ont choisi le système Australien. On imagine facilement la traînée de poudre à travers l'Europe si la France et l'Allemagne avaient choisi le même système. Forcément de nombreux autres pays européens auraient suivi. On imagine surtout le formidable outil d'évaluation, de comparaison, de pilotage que nous aurions si nous pouvions directement comparer nos pratiques d'un pays à l'autre au travers d'un même système de définition de produits hospitaliers ! On y viendra un jour, mais ce sera beaucoup plus difficile et surtout beaucoup plus coûteux. Aujourd'hui déjà, on paye fort cher des experts très qualifiés pour "comparer" nos données respectives. L'Europe subventionne ceux qui, comme c'est le cas pour la chirurgie ambulatoire, cherchent des indicateurs de comparaison. Quel gâchis de la part de l'Etat ! A la décharge de l'administration concernée, la DHOS²⁶, peu de monde portait ce souci d'avenir et moins nombreux encore ont été ceux qui l'ont sollicitée. Pourtant, il faudra bien un jour ouvrir ce chantier indispensable, même s'il est devenu plus complexe et plus coûteux qu'il n'était...

Alors, ameli-direct, une "révolution" ? Au lecteur de juger.

Un événement majeur, sans conteste.

Un appel à l'action, tout autant...

La routine...

- **Pouvoir médical ?** Dans un communiqué, la conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de CHU s'est déclarée "*insatisfaite*" par les propositions du comité Fourcade²⁷. Elle "*regrette*" que le comité Fourcade n'ait pas formulé de proposition permettant de remédier au "*malaise des praticiens hospitaliers qui n'ont pas de responsabilité institutionnelle*" au sens où ils regrettent de ne pas en avoir... Il est sans doute permis de regretter que ceux qui éprouvent un tel malaise n'en prennent pas, des responsabilités... Ils croient sans doute encore que les responsabilités se distribuent comme on distribue les honneurs. Non, elles s'assument, c'est différent.

- **Gains de productivité ?** D'après Le Monde²⁸, "*le rapport du Fonds monétaire international (FMI) sur la France, rendu public mercredi 27 juillet par le ministère des finances, confirme l'analyse de nombreux parlementaires : des "mesures supplémentaires" de rigueur vont devoir être prises si le gouvernement veut, comme il s'y est engagé, ramener le déficit public de 5,7 % du produit intérieur brut (PIB) cette année à 4,6 % en 2012, puis 3 % en 2013.*"

Concernant les dépenses de santé, le Fonds note : "*Des gains de productivité continus sont nécessaires pour éviter une hausse non soutenable des dépenses de santé et de soins de longue durée*" et pour maintenir notre système d'assurance-maladie solidaire. Le Fonds parle de "productivité" et non pas "d'économies". L'avenir est là en effet. Il est important que ce soit le FMI qui le dise, car nombreux sont ceux qui en France ne misent que sur les "économies". La productivité, voilà bien ce qu'il faut mettre au cœur de nos démarches. Quand "on fait des économies", rien ne change et en général ce sont les "petits" qui trinquent. Pour faire des gains de productivité, il faut que les responsables se décarcassent et tout en est changé. Les économies sont le fruit du changement. Elles ne sont pas le but, sauf en cas de péril mortel imminent. Il y a bien deux mondes, deux types de rapport à l'économie, la vraie, celle du développement. Il faut choisir la voie du FMI, celle de la productivité, tant qu'il est temps, sinon ce sera les "économies", dans ce qu'elles ont de pire.

La routine, mais il arrive que la routine porte sens...

- ¹ Caisse nationale d'assurance maladie
- ² Cf. mail UNHPC 11/420 du 29 juillet 2011
- ³ "**Dispositions générales** : Le service ameli-direct répond à la mission confiée à l'Assurance Maladie, par la loi de Réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, d'informer les assurés sur l'offre de soins. ameli-direct offre la possibilité de trouver sur le site internet de l'Assurance Maladie (www.ameli.fr) les coordonnées des professionnels de santé exerçant à titre libéral et celles des établissements de soins. Il permet également de connaître les tarifs pratiqués par un professionnel de santé à son cabinet ou dans un établissement de soins privé. ameli-direct donne des informations sur les actes médicaux qui constituent un socle de connaissance utiles et pratiques. En fonction de la recherche effectuée, le service ameli-direct fournit :
- Pour les professionnels de santé
 - Les informations administratives qui les concernent (coordonnées, spécialité, situation conventionnelle, acceptation de la Carte Vitale ou pas...)
 - Les tarifs des consultations et de certains actes techniques et dentaires habituellement pratiqués par les médecins et les chirurgiens-dentistes.
 - Pour les établissements de soins :
 - Les coordonnées de l'établissement
 - Les spécialités pratiquées au sein de cet établissement
 - Pour les établissements de médecine, chirurgie et de gynéco obstétrique (MCO), les actes et les maladies pris en charge, avec les indicateurs de volume d'activité et de tarifs"
- ⁴ Programme de médicalisation des systèmes d'information
- ⁵ André Loth répétait souvent cette constatation fondatrice. Il l'a reprise par exemple lorsqu'il était Chef de la division informatique et des nouvelles technologies à la DSS à l'occasion des Rencontres du l'UNHPC du 5 novembre 1997 : "*Partage de l'information, transmission et confidentialité dans les réseaux des soins*" dans son intervention intitulée "*Des informations pour soigner le malade et soigner le système*".
- ⁶ Tarification à l'activité
- ⁷ Classification commune des actes médicaux
- ⁸ Institut national du cancer
- ⁹ INCa : "*Une fiche individualisée précise les coordonnées et l'adresse du site Internet de chaque établissement, ainsi que les traitements des cancers qu'il prend en charge (chimiothérapie, chirurgie des cancers, radiothérapie).*"
Cf. : <http://www.e-cancer.fr/soins/offre-de-soins-hospitaliere-en-cancerologie/cartographie>
- ¹⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère de la santé
- ¹¹ Platines : PLATe-forme d'INformations sur les Etablissements de Santé (DREES) : <http://www.platines.sante.gouv.fr/>
- ¹² Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ¹³ Cf. la présentation très complète d'Hospidiag qui est faite sur le site de l'ANAP : www.anap.fr
- ¹⁴ La référence internationale reste depuis de longues années le tableau de bord annuel publié par l'agence australienne ACHS - Australian council on healthcare standards - sous le nom de "*Australasian Clinical Indicator Report - Determining the Potential to Improve Quality of Care*". Cf. : <http://www.achs.org.au/>
- ¹⁵ Hospidiag est disponible, dans ces conditions, depuis le 8 février 2011, sur le site de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) : www.atih.sante.fr
- ¹⁶ Direction générale de l'offre de soins - Ministère de la santé
- ¹⁷ Cf. notre Chronique 11/18 du lundi 9 mai 2011 "*Indicateurs et information du public et de la presse*"
- ¹⁸ Commission d'accès aux documents administratifs
- ¹⁹ L'encadré explicatif "*En savoir plus sur les actes et maladies affichés*" est manifestement trop court : "*L'activité des Etablissements de soins est variée. Aussi, les actes et les maladies indiqués ne représentent pas nécessairement l'ensemble de l'activité de cet établissement. Si les informations dont nous disposons ne répondent pas aux critères qualitatifs et quantitatifs retenus, alors les informations sur l'activité de l'établissement ne sont pas affichées. Il peut y avoir à cela plusieurs raisons : une activité récente ou orientée vers d'autres actes, l'arrivée de nouveaux professionnels...*"
- ²⁰ Assistance publique (Paris - Lyon - Marseille)
- ²¹ Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
- ²² Etablissements de soins ou de santé ? Curieusement le site ameli-direct parle d'établissements de soins (cf. ci-dessus la note 2). Erreur, s'agissant juridiquement des établissements de santé ? Ou indication que la CNAM veut aller plus loin et intégrer, par exemple les centres de radiothérapie ? En tous les cas ce glissement sémantique interroge.
- ²³ Si on cherche, on trouve des précisions méthodologiques sur l'écran d'accueil en bas, en cliquant sur la mention grisée "Dispositions générales"
- ²⁴ Cf. par exemple les encadrés "*Qu'est-ce que c'est ?*". La mention systématique des périodes d'observations pour les honoraires est elle aussi à mentionner comme exemple de rigueur méthodologique... à développer !
- ²⁵ Diagnosis related groups (équivalents des groupes homogènes de malades du PMSI, premiers à avoir été créés)
- ²⁶ 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)
- ²⁷ Cf. : dépêche APM du 29 juillet 2011 : san/ab/APM_polsan_redaction@apmnews.com SNOGT004 29/07/2011 16:44 ACTU
- ²⁸ Cf. : Françoise Fressoz - *Le FMI presse la France d'adopter un nouveau train d'économies budgétaires.* - *La commission des finances du Sénat estime que le gouvernement devra dégager 11 milliards d'euros de coupes supplémentaires* - Le Monde du 29 juillet, p. 8

Radiothérapie :
un certain nombre d'obstacles
sont susceptibles de limiter
l'effet d'amélioration induit
par les nouvelles exigences
de sécurité et de compromettre
son maintien dans le temps

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/33

Date de parution : lundi 22 août 2011

Sujet : **L'IRSN, la radiothérapie et l'évaluation des politiques publiques**

Mots types : Qualité - Sécurité - Rapport - Sylvie Thellier

Année 2011 - p. 117/210

Dans le silence, presque subrepticement, l'IRSN¹ a sorti son rapport intitulé "**Les professionnels de la radiothérapie face à l'obligation d'améliorer la sécurité des traitements**"².

En principe, durant l'été, chaque centre de radiothérapie en a reçu un exemplaire papier. De notre côté nous ne l'avons pas diffusé car il est introuvable sur le site de l'IRSN. Même les moteurs de recherche Internet sont incapables d'en trouver non seulement sa trace, mais même le moindre commentaire. Ce silence vaut commentaire à lui tout seul.

La sortie de ce rapport constitue-t-elle un petit miracle ? Sans doute. Les travaux ayant conduit à sa rédaction ont été menés rondement, fin 2009 - début 2010. Les premières synthèses datent de début 2010. Les consultations sur le rapport datent de l'été 2010. Une présentation officielle a eu lieu le 8 octobre 2010 lors de la session "Qualité - Sécurité" du Congrès de la SFRO³. Il avait donné lieu à ce que nous avons appelé très pudiquement dans notre chronique hebdomadaire d'alors⁴ des "*réactions très "affectives" et assez négatives de l'INCa⁵ et de l'ASN⁶*"... Depuis, nous attendions, nos questions n'obtenaient que des réponses très évasives. Début juillet pourtant, un des responsables de l'IRSN nous a informés de sa sortie prochaine. Nous avons appris depuis qu'une présentation officielle avait eu lieu le 28 juin dernier en présence de la DGS⁷, de l'INCa et de l'ASN.

Ce rapport a donc fini par sortir. Aujourd'hui même, son auteur, Madame Sylvie Thellier, n'a fait aucune difficulté pour répondre à notre demande d'un exemplaire au format .pdf. Nous le diffuserons donc très rapidement.

Un petit miracle

Pourquoi parler d'un petit miracle ? Pour trois raisons au moins :

- La question posée dénote une liberté rare dans notre sphère administrative. Derrière le titre assez neutre, les questions posées aux professionnels rencontrés étaient en effet très claires. Trois Plans Cancer, deux feuilles de route faisant suite aux accidents d'Epinal et de Toulouse, d'innombrables textes réglementaires sortis en application de la directive Euratom⁸, du nouveau dispositif d'autorisation ou des réformes hospitalières...,

finalement, à quoi cela a-t-il servi ? "*L'IRSN a souhaité mener une étude qui vise à apprécier les effets de ces mesures sur l'organisation et le management de la sécurité en radiothérapie dans les établissements, mais également sur les modalités de réalisation des traitements et sur l'activité des professionnels.*"⁹ Qu'une agence d'Etat ose poser une question si iconoclaste au lieu de se joindre au chœur de ceux qui célèbrent et soutiennent à tout bout de champ "*le développement de prises en charge innovantes et efficaces*" qui "*s'inscrivent dans des démarches stratégiques ambitieuses et responsables pour une offre de soins de qualité*" voilà qui est nouveau et fondateur.

- Nous venons d'emprunter deux formules significatives de la langue de bois en vigueur. C'est le second petit miracle de ce rapport. Il n'emploie pas la langue de bois. Bien sûr il a été raboté durant une année entière, soumis à négociation, en particulier auprès de l'INCa pour le rendre "admissible". Mais, *in fine*, on n'y trouve pas ces formules convenues et considérées comme obligatoires dans notre chère administration.
- C'est le troisième petit miracle de ce rapport : finalement il paraît... Il paraît malgré une année entière de tractations. Celles-ci ont duré plus longtemps que l'enquête dont il est issu et sa rédaction ! Les réactions négatives, les critiques (son manque de "*scientificité*" !), en particulier les critiques de l'INCa, les réflexes de défense du territoire des autres acteurs institutionnels concernés et la culture de soumission interdisant de se poser la question de l'évaluation de l'utilité de ce qui a été fait n'ont pas empêché sa sortie.

Tout cela vaut coup de chapeau au rédacteur, Madame Thellier et aux directions de l'IRSN concernées.

Au total cela veut dire aussi qu'il faut lire, faire connaître et faire lire ce rapport.

Qui a ses limites...

Bien sûr il a ses limites.

- Il est faible sur le privé libéral. Les séances de rabotage l'ont sans doute empêché de constater que le secteur libéral est majoritaire en termes d'activité et que c'est donc là que les choses se passent, majoritaire-



ment...

Rien sur la qualification d'établissement de santé (sauf pour les exégètes qui constateront que ce texte est heureusement rédigé comme si les "cabinets" étaient de véritables "établissements". L'IRSN rejoint ici, bien que beaucoup plus timidement, la position tout à fait saine de l'ASN...).

Rien sur le scandale de l'inexistence de statistiques PMSI communes, exhaustives et obligatoires...

Rien sur les conditions de pérennité des structures libérales pourtant en situation de grande fragilité (choix du libéralisme par les jeunes, structures juridiques adaptées, conditions capitalistiques cohérentes, articulation CNAM/INCa...).

- Corrélativement, la focale "établissements publics" ou assimilés est privilégiée. On en a par exemple une illustration dans l'attention qui est consacrée au rôle des "cadres de santé".
- Les rédacteurs se prennent un peu le pied dans le tapis lorsqu'ils notent avec raison que ce sont les professionnels qui ont alerté les pouvoirs publics sur plusieurs sujets d'importance (les radiophysiciens, les ressources humaines et financières, le manque de coordination des intervenants publics, le manque de hiérarchisation dans les objectifs...) tout en utilisant les formules convenues pour se féliciter de la clairovoyance de l'administration qui a vu ou pris en charge ce qui n'était pas vu ou pas pris en charge... On sourit lorsqu'on lit que c'est grâce aux Tutelles que les instances professionnelles ont pris conscience des problèmes. Ce n'est pas grave, l'important c'est que les choses soient notées.
- On regrette un peu que rien ne soit dit sur les conditions d'un vrai développement des déclarations d'événements indésirables, qu'il n'y ait pas d'approche critique sur l'obligation de présence du physicien tout au long du traitement, sur le dossier du "qualiticien"...
- Par contre on pourra un peu s'étonner du développement relativement long de théories du management qui ne sont ni plus mauvaises ni meilleures que d'autres mais qui ne renforcent pas forcément les considérations très importantes qui sont faites sur le rôle et les spécificités du management en radiothérapie.
- De la même façon on pourra lire comme une rédaction de prudence un certain nombre de considérations, au demeurant excellentes, décrites comme s'appliquant aux conditions "locales" alors même qu'elles s'appliquent tout autant aux instances, décision ou arbitrages "nationaux" (c'est le cas par exemple lorsque le rapport traite de la question des ressources humaines ou financières...).

Des "constats" fondateurs...

On pourra donc dire qu'au total ce rapport est limité. Certes. Mais, une fois encore, son existence et sa publication portent sens en elles-mêmes et cela pourrait suffire. Certes. Mais il faut aussi relever plusieurs points où les auteurs s'aventurent sur des terrains où bien peu ont osé poser le pied. Comment ne pas se réjouir de plusieurs des constats qui sont explicités ? Citons-en quel-

ques-uns.

- *"Malgré le chemin parcouru et la mobilisation importante de tous les acteurs concernés, l'IRSN identifie, au vu des résultats de cette étude, qu'un certain nombre d'obstacles sont susceptibles de limiter l'effet d'amélioration induit par les nouvelles exigences de sécurité et de compromettre son maintien dans le temps."*¹⁰
- Le manque d'implication de la CNAM, même si prudemment on le fait en se glissant derrière l'UNHPC et le SNRO¹¹ (contrairement aux manques de coordination des agences, il n'y a pas encore eu de rapport parlementaire pour libérer la parole sur ce sujet, le sujet reste donc difficile à aborder...)¹²
- Le constat courageux selon lequel *"l'étude menée par l'IRSN montre que certains acteurs pouvant potentiellement apporter leurs contributions [...] ont aujourd'hui des difficultés pour le faire."*¹³
- Celui selon lequel *"la question de la mise en adéquation des ressources et des objectifs d'amélioration de la sécurité de la radiothérapie mériterait d'être abordée explicitement. Elle ne peut être laissée à la seule charge des professionnels et traitée le plus souvent en temps réel."*¹⁴
*"Cette étude fait apparaître que la question du temps et des ressources est très peu abordée par les acteurs institutionnels et les directions des établissements et des centres.
D'une part, l'augmentation du volume et de la complexité du travail liée à la mise en œuvre des nouvelles exigences de sécurité n'est pas suffisamment considérée.
D'autre part, les ressources n'ont pas été ajustées pour répondre aux nouveaux objectifs. [...]
Ainsi, la question de la mise en adéquation des ressources et des objectifs d'amélioration de la sécurité de la radiothérapie mériterait d'être abordée explicitement."*^{15 - 16}
- Celui de l'évolution irresponsable du volume du droit de la santé, en s'appuyant sur le tableau de bord Légifrance que nous ne cessons de diffuser.¹⁷
- La reprise de la distinction encore trop peu connue entre "sécurité" et "sûreté"¹⁸.
- Le fait que le suivi des mesures *"est focalisé sur les effets positifs attendus de la dynamique de changement technico-organisationnel, alors qu'il ressort de la présente étude que les effets négatifs (difficultés non anticipées) induits par ces changements ne sont pas analysés."*¹⁹
- *"Des professionnels sous tension sont aussi des professionnels moins attentifs, moins vigilants, la peur de l'erreur pouvant elle-même générer l'erreur. D'où l'attention particulière portée par l'IRSN aux conditions de réalisation du travail, entendues au sens large de conditions physiques de travail, organisation, répartition des rôles et des délégations, reconnaissance, etc."*²⁰
- *"Les risques et contraintes introduits par les changements techniques et organisationnels devraient faire*

*l'objet d'une analyse par les acteurs institutionnels afin de les identifier, d'en évaluer l'ampleur et de définir des mesures compensatoires adaptées. [...] En l'absence d'une telle analyse, ces risques et contraintes sont directement pris en charge par les professionnels sans support particulier, ce qui entraîne charge de travail et tensions excessives. Selon l'IRSN, cette situation est susceptible de produire un effet d'usure professionnelle qui pourrait remettre en cause la pérennité des améliorations de la sécurité observées actuellement."*²¹

- *"Un des enseignements importants de l'étude menée par l'IRSN est la nécessité de considérer la sécurité comme le produit d'un processus complexe faisant intervenir une chaîne d'acteurs et d'artefacts (outils, procédures, techniques, normes...)."*²²
- *"Le système de gouvernance au sein duquel les acteurs s'agencent, prennent des décisions et font des arbitrages apparaît comme un élément important à intégrer dans une stratégie d'amélioration de la sécurité.*

La sécurité est en effet le produit d'une série de décisions prises à différents niveaux selon des critères et des logiques parfois explicites, parfois implicites.

Elle résulte d'une somme de choix entre plusieurs options.

Ces choix sont conditionnés par des valeurs, des représentations, des intérêts propres aux acteurs mais aussi par des contraintes et des ressources. [...]

A cet égard, les professionnels n'ont cessé tout au long de l'étude menée d'émettre des doutes sur la possibilité d'atteindre de façon concomitante des objectifs de sécurité (qui nécessitent plus de moyens en

*temps, en effectifs, en compétences, en équipements), des objectifs d'efficience (qui engendrent une pression sur les coûts) et des objectifs de production."*²³

- *Signalons pour finir un point sur lequel l'UNHPC ne cesse d'attirer l'attention : celui de la nécessaire évolution de nos sociétés savantes et de l'urgence de la prise en charge, par elles, des problèmes organisationnels. A notre connaissance, c'est la première fois que ce constat est repris dans un texte officiel. "Les sociétés savantes et les groupements de professionnels sont encore structurés autour de la diffusion et du partage des connaissances scientifiques. Cette organisation a limité leur rôle d'acteur relais plus opérationnel dans la définition de la réglementation (remontée des besoins) puis dans sa déclinaison (synthèse des actions à mener). Une réflexion sur le rôle et les moyens des sociétés savantes et des groupements des professionnels devrait être engagée en associant l'ensemble des acteurs institutionnels."*²⁴

Oui, pour nous cancérologues, malgré ses limites, ce rapport se distingue de beaucoup d'autres. Il ne faut pas hésiter à le diffuser, à s'en servir, à en faire le support d'échanges et de réflexions entre professionnels. Il ne faut pas hésiter non plus à encourager les fonctionnaires courageux à creuser ce type d'évaluation. L'évaluation est toujours féconde. Celle des politiques publiques l'est tout autant. Elle nous est nécessaire.

- 1 Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
- 2 IRSN - Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire - Les professionnels de la radiothérapie face à l'obligation d'améliorer la sécurité des traitements - S. Thellier - Rapport IRSN/DIR/2011-01 - Direction de la Radioprotection de l'Homme & Direction de la Sûreté des réacteurs - Juillet 2011
- 3 Société française de radiothérapie oncologique
- 4 Cf. la chronique UNHPC 10/41 du lundi 11 octobre 2010
- 5 Institut national du cancer
- 6 Autorité de sûreté nucléaire
- 7 Direction générale de la santé - Ministère de la santé
- 8 Directive Euratom 97/43 du 30/6/1997
- 9 Lettre de transmission de Jacques Repussard, Directeur Général et § 1 du Résumé
- 10 p. 83
- 11 Syndicat national de radiothérapeutes-oncologues
- 12 p. 37
- 13 p. 86
- 14 p. 86
- 15 Résumé
- 16 Rappelons ici les publications antérieures de l'IRSN sur cette question des ressources humaines et de la "culture qualité", en particulier : Sylvie Thellier, Pascal Régnier et Sylvie Derreumaux - *Améliorer la sécurité des traitements en radiothérapie en développant une culture de sûreté* - Rapport IRSN/DIR n°2008-02.
- On pourra aussi se reporter aux exposés suivants :
- Sylvie Derreumaux - *Les facteurs humains au cœur de la sûreté en radiothérapie* - Rencontres IRSN du 26 mai 2009 : www.irsn.fr/FR/professionnels_sante/documentation/Documents/radiotherapie_merveilles_et_risques_medecine_high-tech.pdf+Les+professionnels+de+la+radiothérapie+irsn&hl=fr&gl=fr&pid=bl&srcid=ADGEESjZWcfyRpsFfcf8jc3wZz_RnFDrJbBO-sUQB8tLIRmsSSIPb06TyWIBZc_E8j8tvIxfcESAZsjg_q8gHJYHD0f7AmDOIzpoIPJxMZ0WaqwFALVdLF_C2NcBhsnnga-KA_slaB2AH&sig=AHIEtbTLfjd10wAVmVEgeK4hQN7_ZkXsfa
 - François JEFFROY - Les facteurs humains au cœur de la sûreté en radiothérapie - Les apports potentiels dans le domaine des facteurs humains - Rencontres IRSN du 26 mai 2009 : www.irsn.fr/FR/professionnels_sante/documentation/Documents/radiotherapie_merveilles_et_risques_medecine_high-tech.pdf+Les+professionnels+de+la+radiothérapie+irsn&hl=fr&gl=fr&pid=bl&srcid=ADGEESjZWcfyRpsFfcf8jc3wZz_RnFDrJbBO-sUQB8tLIRmsSSIPb06TyWIBZc_E8j8tvIxfcESAZsjg_q8gHJYHD0f7AmDOIzpoIPJxMZ0WaqwFALVdLF_C2NcBhsnnga-KA_slaB2AH&sig=AHIEtbTLfjd10wAVmVEgeK4hQN7_ZkXsfa
 - Adélaïde Nascimento, Sylvie Thellier, François Jeffroy - Conservatoire National des Arts et Métiers et Institut de Radioprotection et Sûreté Nucléaire (IRSN) - *Concevoir la sécurité : la chaîne de production en radiothérapie* - Société d'Ergonomie de Langue Française - 43ème congrès, Ajaccio 17-19 septembre 2008 - <http://www.google.fr/search?q=Concevoir+la+s%C3%A9curit%C3%A9+%3A+la+cha%C3%A9ne+de+production+en+radioth%C3%A9rapie&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:fr:official&client=firefox-a>
- 17 p. 36
- Sur les signalements de l'UNHPC, cf. par exemple : G. Parmentier - "Ne subissons pas comme une fatalité l'inflation législative et réglementaire !" *Le nouveau Cancérologue* Vol. 1 - n° 2 - avril-juin 2008, pp 69-73
- 18 p. 84
- 19 p. 84
- 20 p. 85
- 21 p. 85
- 22 Résumé
- 23 Résumé
- 24 p. 87

*Dans le domaine de la santé,
la production de droit
et de rapports
ne faiblit jamais, même en été*

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/34

Date de parution : lundi 29 août 2011

Sujet : **Bilan de l'été**

Mots types : Réglementation - Rapports - Editions - Plan de santé publique - Appels à projets - Evénements

Année 2011 - p. 121/210



Comme chaque année l'été a été riche d'événements et la production administrative et du droit ne s'est pas ralentie. En ces temps de rentrée il nous a semblé utile d'en faire une synthèse. Elle est fournie mais reste non exhaustive !...

Réglementation

Non, vraiment, la production du droit ne tarit pas en France durant l'été. Cette année ne fait pas exception. Citons :

- le Protocole d'accord conventionnel signé le 21 juillet¹. Beaucoup parmi les négociateurs sont ressortis frustrés du déroulement des négociations et beaucoup reste à faire, entre autres sur les dépassements d'honoraires. Mais il y a aussi de réelles avancées. La rentrée bruisse déjà des suites...
- la Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la **médecine du travail**. Un texte important et très discuté concernant une profession en grande difficulté².
- la "**loi Fourcade**" qui devait corriger HPST³. On pouvait déjà s'étonner que la loi de rectification des quelques points de la loi HPST comporte autant d'articles que la loi d'origine. On s'étonne encore plus devant le jeu de massacre du Conseil constitutionnel. Près de la moitié des articles sont censurés ! Incurie des rédacteurs ? On a du mal à y croire. Manœuvre délibérée ? On a encore plus de mal à y croire. Mystère donc, mais qui laisse, pour le moins un goût étrange... Une certitude aussi : sur plusieurs des points concernés le chantier devra se rouvrir ;
- l'important "**Projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament** et des produits de santé"⁴. On n'en est encore qu'au stade du projet, ce qui veut dire que ce texte peut encore être amendé. Sûrement un des gros chantiers de la rentrée, même si les grandes orientations sont décidées.

Mais aussi :

- concernant les autorisations, l'INCa a publié une "Fiche d'actualisation de la méthodologie de calcul des volumes d'activité pour vérifier le respect des **seuils**"⁵ ;
- la Circulaire n° DGOS/PF2//2011/290 du 15 juillet 2011 relative à la convention entre un établissement d'**hospitalisation à domicile** disposant d'une pharmacie à usage intérieur et le(s) titulaire(s) d'une pharmacie d'officine dans le cadre de l'article R. 5126-44-1 du code de la santé publique⁶.
- la Circulaire n° DGOS/RH1/2011/305 du 28 juillet 2011 relative à l'accueil des **stagiaires** dans le cadre de la formation initiale préparant le diplôme de qualification en physique radiologique et médicale (**DQPRM**)⁸. Les choses vont donc commencer sérieusement !
- la Circulaire n° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (**SROS-PRS**)¹⁰.
- ce n'est pas du droit à proprement parler, mais c'est utile : l'ASIP Santé a mis à disposition des usagers de santé un modèle de note d'information relative au **consentement à l'hébergement de données de santé** à caractère personnel et au DMP¹¹⁻¹².
- concernant les AC des **MIGAC**, la DGOS a publié la Circulaire N° DGOS/R5/2011/315 du 1er août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant



les aides à la contractualisation¹³.

- "l'Instruction n° DGOS/R1/PF3/2011/310 du 25 juillet 2011 relative aux modalités de mise en œuvre de la fongibilité des crédits régionaux fongibles du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (**FMESPP**) et du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (**FIQCS**)". Ce texte est important pour le futur des financements à partir de ces deux sources d'origines et de finalités très différentes. Entre autres, le financement des réseaux qui commence à être sérieusement mis à mal sera certainement concerné par cette instruction¹⁴.

Rappelons enfin que le nouveau site d'aide à la déclaration des événements indésirables nommé "**Vigie radiothérapie** : portail de préparation à la déclaration des événements significatifs de radioprotection et de matériovigilance en radiothérapie" a été ouvert¹⁵.

Rapports officiels

La parution des rapports n'a pas baissé, elle non plus, durant l'été. Certains sont importants et parfois novateurs. Signalons ici :

- le n° 21 - 2011 de la Revue Dossiers Solidarité et Santé, publiée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) : "*La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires*"¹⁶ ;
- le "Rapport Fourcade", à ne pas confondre avec la "Loi Fourcade" (cf. ci-dessus) : Rapport au Parlement présenté par Monsieur Jean-Pierre Fourcade, Sénateur des Hauts de Seine au nom du Comité d'évaluation de la réforme de la **gouvernance des établissements publics de santé**¹⁷.
- deux rapports de l'INVS pour une meilleure **connaissance du cancer** :
 - "*Tendances récentes des données d'affections de longue durée : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers - Période 1997-2009*" ;
 - "*Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 - Rapport technique*"¹⁸ ;
- le rapport "Charges et produits pour l'année 2012 de la **CNAM** et ses 26 **propositions**"¹⁹. A étudier de près car il aura une influence sur le futur PLFSS ;
- le très attendu rapport parlementaire issu de la mission Bur sur les **Agences Sanitaires**²⁰ ;
- le rapport Jégou sur les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (**MIGAC**)²¹ ;
- le bilan des déclarations reçues par l'ASN et l'Afssaps au titre de la **radioprotection** et de la **matériovigilance** en radiothérapie au cours des années 2008-2009²² ;
- le rapport de l'IRSN, rapport d'évaluation de l'**impact des politiques suivies en matière de sécurité en radiothérapie** qui se distingue par sa liberté de ton²³. Nous lui avons consacré une Chronique²⁴ ;
- des **rapports d'activité**. L'administration se soumet

de plus en plus à cette discipline. On ne s'en plaindra pas, même si la cadence et le rythme des lectures imposées se surajoutent à celle de la production du droit s'accroissent. Ainsi :

- le rapport d'activité annuel de la **HAS**, version 2010²⁵ ;
- le rapport d'activité 2010 de la **DGOS**²⁶ ;
- le troisième rapport d'étape concernant le **Plan Cancer**²⁷ ;
- le volumineux rapport de l'**ATIH**²⁸ intitulé "*Rapport des réalisations de la campagne budgétaire et tarifaire 2010 relatives aux établissements de santé*"²⁹ ;
- ce n'est pas un rapport traditionnel, mais il faut signaler aussi ici l'apparition du site Internet de l'Assurance-maladie concernant les établissements de santé, "**ameli direct**". Hospidiag, de l'ANAP, ne sort toujours pas officiellement et le paradoxe est que l'administration qui y a accès va être formée à son utilisation alors que le grand public et les professionnels de santé en sont privés. Ameli double Hospidiag en sortant son propre site³⁰. Dans les deux cas il est urgent pour chaque établissement de vérifier ce qu'on dit de lui et de relever les erreurs. Ameli "oublie" la radiothérapie. En ce domaine, le scandale demeure.

Parmi tous ces rapports **ce qui frappe c'est la mauvaise connaissance qu'ont les rédacteurs du secteur privé**, de son fonctionnement, de ses règles de droit. Sur ce sujet, on ne progresse pas et parfois, souvent, on régresse.

Au niveau de la DGOS, c'est une constante navrante. De plus, elle est souvent idéologique.

Au niveau des Agences et des administrations c'est une constante aussi, de type méconnaissance pure. Le rapport de l'IRSN est, de ce point de vue, symptomatique. Son auteur ne peut être suspect de parti pris idéologique, au contraire son rapport a posé problème par sa volonté d'évaluation objective de l'impact des politiques publiques. Rien pourtant sur la mesure n° 1 du Plan Cancer 2003-2007, imposant le PMSI à tous les secteurs d'activité en radiothérapie, et jamais mise en œuvre ; rien sur l'exclusion des centres de radiothérapie libéraux non-établissements de santé de la quasi-totalité des aides ; rien sur le statut d'établissement de santé exigé par plusieurs Ministres et bloqué par l'administration ; rien sur les conditions de devenir des centres libéraux...

Pire, on constate une régression au sein de la seule administration qui nous connaissait bien, la CNAM. Au fur et à mesure que les années passent et que nous sommes soumis à la Tutelle de la DGOS, la CNAM perd de sa culture du privé. Ainsi, dans le rapport sur les "*Charges et produits pour l'année 2012*" on trouve une phrase stupéfiante et scandaleuse d'inculture et de méconnaissance du droit comme de la pratique dans les établissements privés : "*si le GHS diminue, les redevances augmentent...*"³¹ On craint le pire du côté des députés qui liront ce rapport dans le cadre des discussions relatives au PLFSS : combien pourront décoder et corriger ?

Appels à projets

Malgré l'été il y a eu plusieurs Appels à projets³². Signalons tout particulièrement celui mis en œuvre par la Circulaire N° DGOS/PF4/2011/329 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la **recherche clinique** et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique³³. Une porte s'ouvre. Tout n'est pas parfait, loin de là, mais il faut s'y lancer.

Santé publique

Le Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 a été présenté au Conseil des ministres le 20 juillet 2011 ainsi que le **Plan obésité** 2010-2013 qui le renforce³⁴. On connaît l'importance de ces sujets du point de vue de la santé publique. Ces plans répondent entre autres à la mesure 11 du Plan Cancer 2009-2013.

Editions

En matière d'édition rappelons :

- un article troublant paru dans le British Medical Journal (BMJ) sous le titre "*Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database*" - La mortalité par cancer du sein dans des pays proches avec des niveaux de dépistages différents mais un niveau comparable d'accès aux soins : analyse de tendance à partir des bases de données de mortalité de l'OMS³⁵. D'après cette étude de l'International Prevention Research Institute (IPRI), le **dépistage du cancer du sein** semble avoir peu d'impact détectable sur la mortalité due au cancer du sein. A la suite de cet article, l'INCa a publié le 3 août un long communiqué³⁶ : "*Avec ses mérites et ses limites, cette étude améliore les connaissances sur le dépistage organisé du cancer du sein mais ne justifie pas de remise en question du dispositif français.*"
- une nouvelle édition du Guide des **bonnes pratiques de fabrication** des médicaments rédigée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Cette nouvelle édition regroupe, dans un document unique, les principes concernant les médicaments à usage humain et les substances actives utilisées comme matières premières dans les médicaments³⁷.
- le n° 192 de la revue Contrôle publiée par l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) et consacré à son nouveau terrain d'action prioritaire dans le domaine de la santé "**Imagerie médicale** : maîtriser les expositions aux rayonnements ionisants"³⁸.
- et, bien sûr, la parution du numéro spécial UNHPC de la revue Le Nouveau Cancérologue. Ce numéro résume les interventions qui ont eu lieu lors de nos Rencontres 2010 sur le thème des **métiers de la cancérologie** et précède l'édition du livre de nos actes. Chaque adhérent a reçu ce numéro que nous avons aussi circularisé sous format .pdf³⁹ : à diffuser largement !

Mais signalons aussi deux petits ouvrages parus cet été et qui seront utiles :

- un ouvrage collectif intitulé "**Politique de santé et principe de précaution**"⁴⁰. 10 articles d'auteurs différents permettent de faire le point sur le principe de précaution dans notre secteur d'activité quelques années après l'amendement constitutionnel. Très documenté, d'abord facile et clair. Précieux. On ne peut s'empêcher de signaler tout particulièrement le long et très remarquable article de Maurice Tubiana !
- la mise à jour après HPST du *Que sais-je ?* de Jean de Kervasdoué intitulé : "**L'Hôpital**"⁴¹. Cette mise à jour a été faite avec Stéphane Billon. Ce petit ouvrage devrait être offert à titre d'initiation à tous ceux qui arrivent dans notre secteur d'activité.

Evénements

L'été a aussi été marqué par quelques événements importants. Citons :

- la fin programmée de l'**Ordre infirmier**, illustration nouvelle de l'incapacité de l'Etat à tenir une politique dans le temps. Cette affaire est aussi énorme qu'incompréhensible. Elle pose aussi un problème institutionnel : du point de vue du droit, si l'Ordre fait faillite, qui recevra les plaintes qui lui étaient destinées, qui jugera les affaires en cours ?⁴²
- **l'affaire de l'hôpital de Bayonne** et des décès apparemment provoqués dans son service d'urgences. Ce qui frappe, au-delà du fait divers, c'est la confusion entre fin de vie, soins palliatifs, euthanasie, suicide assisté, arrêt de traitement jugé déraisonnable, assassinat. Ce qui frappe aussi c'est l'organisation de manifestations de soutien à un médecin au passé difficile pour des faits qui, pour le moins, appellent à la prudence en attendant les conclusions de l'enquête officielle. Le très rapide communiqué sémantique de l'Observatoire national de la fin de vie a été salutaire. Le communiqué de la SFAR⁴³ fait partie de ceux qui sauvent l'honneur. Le chantier reste vaste.⁴⁴
- trois mois de hausse de **chômage**, un taux de chômage record depuis plus de dix ans. La crise, la catastrophe. Un plan de rigueur, à nouveau. Il est dû tout autant à notre endettement qu'au déchaînement renouvelé de l'économie de spéculation, mais il risque de casser la croissance. Nous avons besoin, entre autres, d'entrepreneurs, d'entrepreneurs qui ne se découragent pas.
- en écho, sortons de l'hexagone et citons, cette semaine, un événement qui ne se passe pas chez nous. **Steve Jobs** se retire à cause de son cancer du pancréas. La presse est maintenant unanime pour célébrer le "génie". Cela doit le changer ! Il est vrai que depuis quelques années les choses ont évolué, mais on entend encore des "*c'est un Apple, ça ne marche pas*", comme on a entendu depuis 1985 : "*ça n'a pas d'avenir*", "*ce n'est pas professionnel*", "*c'est cher, pour de l'esthétique*"... Que de fois n'a-t-on annoncé la mort d'Apple ?
La presse célèbre maintenant le génie du marketing. Non, ce qui serait "génial" en marketing c'est de vendre plus que d'autres un produit moins bon que les autres. Steve Jobs vendait moins d'ordinateurs que ses

concurrents, alors qu'ils étaient meilleurs.
 En fait Steve Jobs fut un ingénieur au sens qu'on lui donnait dans notre pays quand nous génériions des Louis Armand, un entrepreneur au sens de Max Weber et un innovateur au sens de Schumpeter. Steve Jobs n'a pas inventé grand-chose de vraiment déterminant (ni le moteur à hydrogène, ni le stockage de l'électricité, ni quoi que ce soit de ce genre...), même si les brevets déposés par Apple sont innombrables.
 Non, ce qui caractérisait ses produits c'est qu'ils innovaient au sens où ils avaient toujours une longueur d'avance sur les concurrents en termes de simplicité, de petite taille, de silence, de fiabilité, de souci de l'utilisateur. Centré sur le patient comme on dirait chez nous ! En cela, il changeait les comportements. Le Mac a décollé avec la récupération des brevets mis au placard par Hewlett Packard qui les avaient obtenus de programmes de recherche financés à grands frais auprès des laboratoires de Palo Alto. La souris et l'approche par icônes n'avaient, d'après les spécialistes, aucun intérêt. Contre l'avis de tous, Steve Jobs et son équipe en avaient vu l'intérêt. La disquette plastique rigide de 3,5 pouces n'était pas "professionnelle" (ah !, la grande 8 pouces en carton d'IBM !), sauf qu'elle ne se tordait pas, qu'elle ne craignait pas la poussière et qu'elle tenait dans la poche ! Le tableur Excel, programmé par Microsoft pour le Mac + qui vous souhaitait la bienvenue en s'allumant, n'avait pas non plus d'avenir. Lui non plus n'était pas assez "professionnel". Pendant 20 ans les manuels Apple ne sont même pas sortis de leur cellophane quand les utilisateurs Windows achetaient des bibliothèques. On pourrait multiplier les exemples, y compris dans les "détails". 25 ans après, tout récemment : la prise minia-

ture et aimantée qui évite à votre ordinateur portable de tomber lorsque votre voisin se prend les pieds dans le fil.

Le souci du client, toujours.

Il paraît que le Monsieur n'est pas sympa. Ce n'est sans doute pas le sujet.

Un des défis de sa génération était de démocratiser le formidable outil informatique inventé dans les années 50. Steve Jobs y a participé, sous les critiques incessantes des "vrais" informaticiens. Il a contribué à changer le monde. Il inventait "une autre manière de faire" comme disait Schumpeter. Du point de vue "marketing" il n'a vraiment réussi que lorsqu'il a pu accéder directement au marché grand public, sans passer par l'intermédiaire des spécialistes, paradoxalement alors, avec des produits qui avaient moins d'avance technique que ses ordinateurs.

C'est le jour où l'on disparaît qu'on est paré de toutes les qualités⁴⁵. Steve Jobs n'est pas encore mort, mais il se retire des affaires. Sa boutique sans avenir est devenue la seconde capitalisation boursière au monde. Ces hommages tardifs doivent l'amuser, même si les circonstances de son retrait sont difficiles pour lui.

Steve Jobs, bien qu'ingénieur, est un formidable exemple pour tous les responsables de sociétés de service comme les nôtres. En ces temps de crise et de doute il n'est pas inutile d'avoir des exemples...

Vous avez dit "Vacances" ?

En tous les cas bonne reprise pour tous ceux qui en reviennent !

- ¹ Cf. mail UNHPC 11/401 du 21 juillet 2011 et nos chroniques 11/28 du 18 juillet et 11/29 du 25 juillet 2011
- ² Cf. mail UNHPC 11/412 du 26 juillet 2011
- ³ Cf. mail UNHPC 11/449 du 12 août 2011: Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- ⁴ Cf. mail UNHPC 11/415 du 26 juillet 2011 et surtout 11/430 du 2 août 2011
- ⁵ Cf. mail UNHPC 11/391 du 14 juillet 2011 et notre chronique 11/28 du 18 juillet 2011
- ⁶ Cf. mail UNHPC 11/437 du 4 août 2011
- ⁷ Diplôme de qualification en physique radiologique et médicale
- ⁸ Cf. mail UNHPC 11/433 du 23 août 2011
- ⁹ Schéma régional d'organisation des soins - projet régional de santé (SROS issu de la loi HPST)
- ¹⁰ Cf. mail UNHPC 11/434 du 23 août 2011
- ¹¹ Dossier médical personnel
- ¹² Cf. mail UNHPC 11/429 du 2 août 2011
- ¹³ Cf. mail UNHPC 11/441 du 23 août 2011
- ¹⁴ Cf. mail UNHPC 11/452 du 17 août 2011
- ¹⁵ Cf. mail UNHPC 11/386 du 9 juillet 2011
- ¹⁶ Cf. mail UNHPC 11/376 du 5 juillet 2011 et notre Chronique 11/27 du 11 juillet 2011
- ¹⁷ Cf. mail UNHPC 11/382 du 8 juillet 2011
- ¹⁸ Cf. mail UNHPC 11/389 du 12 juillet 2011
- ¹⁹ Cf. mail UNHPC 11/378 du 7 juillet 2011 et notre Chronique 11/27 du 11 juillet 2011
- ²⁰ Cf. mail UNHPC 11/380 du 7 juillet 2011 et notre Chronique 11/27 du 11 juillet 2011
- ²¹ Cf. mail UNHPC 11/397 du 18 juillet 2011 - *"Si le maintien des MIGAC demeure incontestablement nécessaire, leur volume doit être mieux maîtrisé et leur construction rationalisée. Quant à leur pilotage, il reste à parfaire afin de s'orienter vers un réel modèle d'allocation des moyens fondé sur la performance et l'évaluation des résultats."*
- ²² Cf. mail UNHPC 11/433 du 9 août 2011
- ²³ *"Les professionnels de la radiothérapie face à l'obligation d'améliorer la sécurité des traitements"*. Cf. mail UNHPC 11/458 du 23 août 2011
- ²⁴ Chronique UNHPC 11/33 du 24 août 2011
- ²⁵ Cf. mail UNHPC 11/394 du 15 juillet 2011
- ²⁶ Cf. mail UNHPC 11/438 du 23 août 2011
- ²⁷ Cf. mail UNHPC 11/413 du 22 août 2011
- ²⁸ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- ²⁹ Cf. mail UNHPC 11/445 du 23 août 2011
- ³⁰ Cf. mail UNHPC 11/420 du 29 juillet 2011, notre chronique 11/30 du 1^{er} août 2011 et le site "www.ameli-direct.fr - Je choisis avant de consulter".
- ³¹ *"La limite de la convergence tarifaire est qu'elle porte sur des GHS qui n'ont pas le même périmètre dans les secteurs public et privé, les honoraires n'étant pas inclus dans le GHS dans les cliniques. Le fait de ne toucher que le GHS, c'est-à-dire le financement propre des établissements privés dans les opérations de convergence risque de faire entrer dans une spirale délétère : si le GHS diminue, les redevances augmentent et il y a un effet de rattrapage sur les dépassements. Il faut donc simultanément conduire une réflexion sur la participation des honoraires à la convergence et l'encadrement des dépassements."* Dernier paragraphe de celui concernant la Proposition 11 : Poursuivre la convergence tarifaire ciblée pour 200 millions d'euros en améliorant le processus, p. 60 du rapport "Propositions de l'Assurance maladie sur les charges et les produits pour l'année 2012" - Conseil CNAMTS du 7 juillet 2011
- ³² Cf. mails UNHPC 11/395 du 15 juillet 2011 (INCa - Voies aérodigestives supérieures) ; UNHPC 11/406 du 22 juillet 2011 (INCa - Adolescents et jeunes adultes) ; UNHPC 11/249 du 28 juillet (INCa : labellisation de sites de recherche intégrée sur le cancer - SIRIC) ; UNHPC 11/427 du 1^{er} août 2011 (ASIP Santé - DMP en établissement de santé)
- ³³ Cf. mail UNHPC 11/464 du 26 août 2011 et, avant, le mail UNHPC 11/419 du 28 juillet 2011
- ³⁴ Cf. mail UNHPC 11/408 du 22 juillet 2011
- ³⁵ Cf. mail UNHPC 11/424 du 30 juillet 2011
- ³⁶ Cf. mail UNHPC 11/440 du 8 août 2011
- ³⁷ Cf. mail UNHPC 11/448 du 12 août 2011
- ³⁸ Cf. mail UNHPC 11/83 du 8 juillet 2011
- ³⁹ Cf. mail UNHPC 10/409 du 22 juillet 2011
- ⁴⁰ Sous la direction de A. Aurengo, D. Couturier, D. Lecourt, C. Sureau, M. Tubiana - *Politique de santé et principe de précaution* (Académie nationale de médecine et le Centre Georges Canguilhem de l'Université Paris Diderot-P7) - Maurice Tubiana, Quo vadis ? - PUF, Essais et débats, Quadrige - Juin 2011 - ISBN: 978-2-13-058986-0
- ⁴¹ Jean de Kervasdoué, avec la collaboration de Stéphane Billon - *L'Hôpital* - Que sais-je n° 795, 4e édition 2011, p. 77
- ⁴² Cf. nos rubriques d'actualité et notre Chronique 11/27 du 11 juillet 2011
- ⁴³ Société française d'anesthésie et de réanimation - Communiqué du 15 août 2011 dans nos rubriques d'actualité et sur <http://www.sfar.org/accueil/article/713/communiquede-la-sfar-du-15-aout-2011>
- ⁴⁴ Cf. nos rubriques d'actualité et la très complète revue de presse diffusée par l'ONFV (mail UNHPC 11/459 du 24 août 2011)
- ⁴⁵ Le Monde, par exemple, se fend d'un éditorial en première page : *"Au revoir et merci, Steve Jobs"* Editorial du Monde du 27 août 2011

Deux grands débats ont animé la semaine, mais il y a débat et débat...

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/35

Date de parution : lundi 5 septembre 2011

Sujet : **Débats, mutuelles, fin de vie**

Mots types : Mutualité française - Taxe - Dette - TSCA - E. Caniard - F. Chêrèque - CFDT - Ch. Saout - CISS - Bayonne - Ordre des médecins - Suicide assisté - Euthanasie - E. Favereau - M. de Hennezel - V. Fournier - D. Berthiau - Ph. Bataille - L. Puybasset - Cl. Evin - ONFV - HAS

Année 2011 - p. 126/210

Deux débats ont dominé la semaine. L'un concerne la TSCA (taxe spéciale sur les conventions d'assurance), l'autre, l'affaire de Bayonne qui continue de passionner les médias. Ils sont très différents l'un de l'autre et il faut bien distinguer entre "débats".

Rôle des mutuelles et financement du système

L'affaire de la taxe sur les conventions d'assurance est très technique et elle ne passionne donc pas la presse. Elle est pourtant de première importance pour l'avenir de notre système de santé. Cette semaine, le débat a été porté devant le public par Etienne Caniard au moyen d'un communiqué de presse de la Mutualité Française¹ dont il préside la Fédération Nationale. C'est peu et cela montre les limites des capacités d'un lobby qui est souvent considéré comme un des plus puissants de France. Sans doute devant le peu d'échos rencontrés (ah !, la taxe sur les parcs de loisirs !), Etienne Caniard a voulu et su mobiliser François Chêrèque, président de la CFDT² et Christian Saout, président du CISS³ pour faire diffuser par le Monde un "libre opinion" commun sur le sujet⁴.

Dans son communiqué sous forme de recueil de propos, Etienne Caniard use d'arguments forts qui sont repris pas ses deux cosignataires du Monde. *"Les gouvernements ont souvent eu tendance à considérer les mutuelles davantage comme une variable d'ajustement financier que comme un acteur responsable dans l'organisation de la protection sociale et de l'accès aux soins. Cette tendance s'est considérablement accentuée depuis quatre ans. Matignon a pensé, à tort, que le doublement de la taxe des contrats solidaires et responsables passerait inaperçu en le présentant comme une mesure technique de suppression d'une niche fiscale qui aurait atteint ses objectifs. La réalité est tout autre. Il s'agit d'un choix délibéré de taxation indirecte des Français, non pas en fonction de leurs revenus mais de leurs besoins de santé"*.

"Paradoxalement, cette taxation des complémentaires pourrait augmenter les dépenses de l'assurance-maladie tout en dégradant la santé de nos concitoyens". "Le recours à la CSG aurait été à la fois plus juste et plus efficace".

La répercussion de cette taxe sur les tarifs des cotisa-

tions sera mécanique, rapide et se traduira par une augmentation du coût des complémentaires". "Pour 2011, la TCA représentera un montant total de 1,2 milliard d'euros et cette somme sera de 2,2 milliards dès 2012. Depuis 2009, ce sont 10,5 points de taxations supplémentaires qui auront été imposées aux mutuelles". "En comparaison, la contribution de 3 % sur les revenus de plus de 500.000 euros annuels par part – ce qu'un salarié payé au Smic⁵ mettra toute sa vie à gagner – ne rapportera que 200 millions d'euros... Essayons de retrouver le sens des réalités !" Dans le billet du Monde il est précisé : "Depuis 2008 et en tenant compte de cette charge supplémentaire, les taxes frappant les organismes d'assurance-maladie complémentaires auront été multipliées par 20. En valeur absolue, leur montant était de 177 millions en 2008. Il passera à 3,5 milliards d'euros en 2012".

Bien sûr il faut être prudent et se garder de la défense d'intérêts corporatistes. Mais les trois signataires affirment d'entrée de jeu dans Le Monde *"mettre fin aux déséquilibres des comptes publics est une nécessité économique et un impératif pour la crédibilité de l'action publique. Encore faut-il que les mesures proposées soient efficaces et justes"*. C'est toute la question en effet.

Et ils concluent : *"il est temps d'ouvrir enfin le débat sur les finalités du système de santé, sur les objectifs de l'assurance-maladie obligatoire et complémentaire et sur la rénovation de ses modes de financement. Il est urgent de redonner à l'impôt tout son sens, d'en faire un véritable outil de régulation, en particulier pour l'assurance-maladie complémentaire. Plutôt que d'augmenter la taxation des contrats de complémentaire santé, il serait sans doute plus utile d'ouvrir une réflexion sur leur généralisation et l'évolution de leur contenu, afin d'inciter la prise en charge de prestations pertinentes et de qualité dans un cadre plus solidaire"*.

Il y a longtemps que nous défendons cette position.

Nous n'avons qu'un regret, c'est que les signataires n'aient pas osé citer l'angoissante question des dépassements d'honoraires. Elle vient pourtant elle aussi comme une illustration majeure de leurs propos. On les aurait donc voulus aussi mordants sur les deux sujets. Mais nous savons que nous touchons là aux limites posées par les intérêts corporatistes des Mutuelles qui font large-



ment leur concurrence et leurs revenus sur ce marché des dépassements, en contradiction avec les nobles principes réaffirmés ici.

Il n'empêche, le débat qu'ils appellent de leurs vœux est important, nécessaire, urgent. Il traduira de véritables choix de société. Il y a longtemps qu'il y a consensus sur cette urgente nécessité de clarification du sujet et de responsabilisation des politiques publiques. Le contexte de la dette rend plus difficile mais non moins urgent le passage aux actes. On est là au cœur d'un sujet qui devrait départager les candidats aux élections présidentielles. Il faut souhaiter et œuvrer pour qu'il y trouve sa place. On est encore loin du compte !

Ce n'est pas le cas du deuxième débat dominant cette semaine dans notre secteur. Plus médiatique, il demande pourtant une approche plus spécifique.

Fin de vie et suicide assisté

On dit en effet partout que le débat sur la fin de vie a été relancé par l'affaire de Bayonne. Est-ce bien vrai ?

Les épisodes en provenance de Bayonne se succèdent. Ils relancent à chaque fois l'intérêt des médias. Deux faits dominent cette semaine : le constat réitéré que les familles concernées ne déposent pas plainte ; le débat interne au Conseil de l'Ordre. La majorité de la réunion plénière du Conseil de l'ordre des médecins des Pyrénées-Atlantiques a décidé de surseoir à la décision de déférer le Dr N. Bonnemaïson devant une chambre disciplinaire. Aussitôt le Président de cette instance commente en disant que cette décision "*est inacceptable*" puisque "*le Dr Bonnemaïson a agi seul, sans qu'aucune demande n'ait été formulée*". Du coup le Conseil National décide de se saisir de l'affaire. Il l'examinera le 7 septembre et songe à "*dépayer*" l'affaire dans une autre région pour que "*l'affectif et l'amitié ne l'emportent pas sur le devoir...*".

Comme le dit Eric Favereau dans son éditorial de mardi dernier, 30 août, "*l'euthanasie, un débat sans fin*"⁶ on a parfois l'impression que "*c'est toujours le même débat, les mêmes caricatures, les mêmes imprécisions et, au final, le même disque rayé*". Toujours le même débat alors même que l'affaire de Bayonne, comme beaucoup de celles qui ont précédé, "*pointe surtout certaines bizarreries*"⁷. Et de finir son éditorial en suggérant : "*Et si on demandait aux premiers intéressés - aux vieux, donc - comment ils veulent mourir, et ce qu'ils attendent de la médecine ?*".

Justement, dans le même journal, une tribune de Véronique Fournier nous informe que les résultats d'une étude lancée sur ce thème en janvier 2009 feront l'objet d'une présentation le 11 octobre prochain. Intéressant. Ces résultats seront-ils relayés avec autant de diligence par la grande presse que celle qu'elle montre pour relayer le moindre avis des "micros-trottoirs" ou des "grandes gueules" pour reprendre l'expression de Catherine Fourest⁸ ? En attendant, Véronique Fournier⁹ évoque trois des opinions dominantes chez les personnes âgées interrogées sur les "directives anticipées" : "*tous veulent vivre et vivre encore*" ; "*la très grande majorité d'entre*

eux ne veut pas entendre parler d'euthanasie (au sens d'obtenir une aide active à mourir de façon anticipée)" ; "*ils sont nombreux à dire clairement qu'ils souhaiteraient que la médecine, au bout du bout, le jour où elle n'aura vraiment plus rien à leur proposer, quitte à ce qu'ils soient déjà inconscients et dans l'incapacité de s'exprimer, prenne sur elle de précipiter les choses en douceur*".

Pour contredire Favereau, voilà qui est nouveau. N'est-ce pas aussi comme cela qu'il faudrait interpréter les "sondages" qui, cette semaine encore, sont tellement prompts à revendiquer le "droit" à l'euthanasie ? Véronique Fournier et Denis Berthiau le notent bien : "*une euthanasie banale, quotidienne, confiée à une médecine en qui on a confiance, une euthanasie accordée à la toute fin d'une vie, comprise comme une libération offerte, au nom de ce qu'on appelait autrefois le « paternalisme médical »*". Oui, on voit bien. Mais on irait alors en sens exactement contraire de ce qui est recherché par le législateur depuis de nombreuses années. Ce serait assurément une régression. Une régression pour les patients qui renonceraient de fait à leur propre liberté. Une régression pour la morale communément admise et qui pose, comme le rappelle Marie de Hennezel, que "*la liberté de se donner la mort existe, mais on ne peut exiger d'autrui qu'il l'administre*"¹⁰. Une régression pour la médecine qui reviendrait en effet à un "paternalisme médical" que l'on croyait dépassé et qui, aussi bienveillant soit-il, considère le patient comme un mineur incapable de concevoir ce qui est bon pour lui et dont il faut prendre en charge le devenir tout en oubliant le serment d'Hippocrate, ce qui n'était pas le cas autrefois.

Ces questions sont lourdes. Le débat de fond est-il finalement sur ces questions ? Si oui, il faudrait l'assumer et constater qu'on change un peu de disque, même si ce ne serait sans doute pas un progrès...

On peut regretter par ailleurs que des voix que l'on croirait "autorisées" participent à l'extension du brouillard et de la confusion. On en a un exemple cette semaine avec Philippe Bataille¹¹ qui réduit l'apport de la loi Leonetti à ce qu'il appelle un "protocole" en réduisant de façon presque injurieuse ce "protocole" à "*l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation*". La question serait donc pour lui de savoir : "*Cette humanité, n'est-on pas en droit d'espérer qu'elle offre un accompagnement vers la fin de vie qui soit autre chose qu'une proposition d'affamer et d'assoiffer jusqu'à ce que mort s'ensuive ?*" et de conclure de façon franchement provocante, et, disons-le, déshonorante pour son auteur : "*Pour beaucoup, mieux vaut mourir aux urgences qu'au terme d'une agonie dont ils ne veulent pas*".

Le rappel de quelques-uns de nos acquis par Louis Puybasset et Claude Evin¹² est autrement plus sain parce que, surtout, autrement plus et mieux informé. "*Cette possibilité pour les médecins, et ce droit pour les patients, de ne pas mettre en œuvre ou d'arrêter des traitements n'est pas synonyme d'un « arrêt des soins »*". La loi fait de l'accompagnement de la fin de vie un devoir impératif des professionnels de santé".

Ou : "*Le médecin a l'obligation de soulager la douleur et de tout faire pour réduire les souffrances du patient, y*

compris celles qui résulteraient de l'arrêt des traitements".

Ou encore : "Toute décision doit être collégiale, motivée par rapport au pronostic de la maladie et inscrite au dossier médical".

Nous partageons leur conclusion. "Face à ces questions éthiques, le débat citoyen est nécessaire, mais ne nous trompons pas de débat. La loi donne toutes latitudes aux médecins pour traiter dans la dignité la souffrance liée à la fin de la vie. Ce qui est posé, c'est la question de l'aide au suicide".

Sur cette question précise, le "débat citoyen" est nécessaire, certes, mais l'affaire de Bayonne nous le montre une fois de plus : surtout pas à chaud, surtout pas en écho à un débat médiatique de circonstance. Rajoutons : surtout pas sur une période marquée par un enjeu électoral ! Et à condition, en plus et comme nous le soulignait à juste raison l'Observatoire national de la fin de vie dès le début de cette affaire, de clarifier la sémantique, de s'entendre sur le sens des mots. Pour que le débat soit "citoyen", il faut qu'il soit organisé selon des règles strictes. Le fait divers n'y conduit manifestement pas.

C'est bien ce que suggère Jacques Testart qui poursuit sans se décourager son travail d'alerte sur les problèmes spécifiques de la bioéthique¹³. Sa parole pèse d'autant plus fort qu'elle se fonde sur une longue expérience pratique. Jacques Testart souligne aussi combien la bioéthique est confrontée à la dimension internationale et, plus particulièrement, européenne. Plus que les questions de fin de vie, même si cela vient aussi sur ce domaine. Ses mises en garde trouvent un écho sur notre sujet, par exemple lorsqu'il parle de l'agitation qui n'aurait "pour but que de différer les innovations problématiques jusqu'à l'usure du trouble moral, jusqu'au mûrissement des esprits pour leur acceptation indolore" [...] "Elle vise ainsi à abolir toute autolimitation de la puissance"

(Sylvianne Agacinski) par une volonté mimétique de "progrès" et de sacrifier des acquis civilisationnels à la satisfaction d'exigences individuelles." Et d'en appeler, lui aussi, à des "jurys citoyens", "à condition que l'organisateur respecte un protocole strict". "Instituer des conventions de citoyens dans tous les pays européens (pour commencer) pourrait faire apparaître des convergences entre les populations, convergences actuellement masquées par les influences nationales de personnalités ou de groupes organisés".

On en vient à se dire qu'il y a un gros travail en perspective. Nous manquons de méthodes pour progresser collectivement, par ces approches, sur ces questions. Il y a plus de 20 ans l'ANDEM a fait progresser la médecine en implémentant en France des approches type "conférences de consensus". La chirurgie ambulatoire est pionnière en poussant nos institutions à se poser la question de la forme et du contenu de ce que seraient des recommandations de bonne pratique organisationnelle en médecine. On voit bien que le champ est nouveau et qu'il faut des approches différentes de celles qui prévalent pour déterminer la taille de l'incision ou le dosage optimal d'une drogue. De même ici. Les soins palliatifs, comme l'évolution de la génétique, poussent au progrès en matière d'élaboration de normes éthiques dans la prise en charge de patients ou de citoyens face à des situations souvent inédites engendrées par les progrès de la médecine. En 1983, le Comité consultatif national d'éthique a été créé. Cela ne suffit plus. Il faut aller plus loin et en complément, concevoir de façon plus claire et plus opérationnelle ce que serait une approche positive et structurante du "débat citoyen" articulée ou articulable avec l'approche parlementaire. Dans la logique de nos institutions, ce travail méthodologique revient à la HAS. Sera-t-elle capable de prendre ces chantiers à bras-le-corps comme avait su le faire l'ANDEM en son temps ?

¹ Mutualité Française - Plan Fillon : l'accès aux soins menacé - Communiqué de presse du 29-8-2011

² Confédération française démocratique du travail

³ Comité interassociatif des usagers du système de santé

⁴ Etienne Caniard, François Chérèque, Christian Saout - Taxer les mutuelles, c'est taxer les ménages - Le Monde du 1-9-2011, p. 19

⁵ Salaire minimum interprofessionnel de croissance

⁶ Eric Favereau - L'euthanasie, un débat sans fin - Libération mardi 30 août 2011

⁷ Concernant Bayonne, Eric Favereau en énumère plusieurs : "Quand on est une personne très âgée en fin de vie, est-il bien normal de passer ses derniers moments dans le service d'urgence d'un hôpital ? Est-ce vraiment le lieu idéal pour mourir ? Est-ce le moment où un médecin peut comprendre ce que souhaite la personne ? Et quid si la personne n'est pas consciente ? Comment le médecin peut-il prendre une décision sans la connaître un minimum ? Qui doit décider, et quelle décision ? Quelle place donner à la médecine ? Soyons précis : avec quel produit, car ils ne sont pas identiques ? Dans les quatre cas de morts accélérées que la justice reproche au Dr Bonnemaïson, l'une des patientes avait 92 ans. Selon son avocat, le Dr Bonnemaïson «ne regrette pas son geste et a préféré prendre le problème de l'euthanasie à bras-le-corps». Ah... Mais quel problème ? La mort des personnes âgées à l'hôpital ? L'agonie ? Les malades incurables ? La souffrance non soulagée ? On ne sait pas." Eric Favereau - L'euthanasie, un débat sans fin - Libération mardi 30 août 2011

Pour nous professionnels la liste pourrait s'allonger par des interrogations sur le respect du droit, de la déontologie ou sur la question de savoir si les aides soignantes et les infirmières qui ont courageusement posé la question sont vraiment les seules à savoir à Bayonne. Quid de la CME ? Quid du pharmacien ? Quid du directeur ? N'y a-t-il pas, par exemple, d'indicateur de consommation de Norcuron au service des urgences dans le tableau de bord du directeur de l'hôpital ? Il y en a, semble-t-il, beaucoup d'autres, des "bizarreries"...

⁸ Caroline Fourest - Le règne des "grandes gueules" - Le Monde du vendredi 2/9/2011

⁹ Véronique Fournier, Denis Berthiau - Euthanasie : pour une médecine humaine et responsable - Libération du jeudi 1/9/2011

¹⁰ Marie de Hennezel : Euthanasie : ne cédon pas à l'émotion - Entretien avec Fabrice Madouas - Valeurs Actuelles, jeudi 01/09/2011

¹¹ Nous avions entre autres diffusé (mail UNHPC 2003/20 du 11/2/2003) une longue présentation et recommandé la lecture du livre important de Philippe Bataille - Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie - Balland, Collection « Voix et Regards », 2003, 359 p.

¹² Claude Evin, Louis Puybasset - Euthanasie : ne nous trompons pas de débat - Le Monde du mercredi 31/8/2011

¹³ Jacques Testart - Ne laissons pas les lobbies et les praticiens dicter leur loi à la bioéthique - Le Monde du jeudi 1-9-2011, p. 19

**L'ordonnance
de désintoxication
de la Cour des Comptes
et les réformes de structure
à venir**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/36

Date de parution : lundi 12 septembre 2011

Sujet : **Rapport 2011 de la Cour des Comptes**

Mots types : Convergence - Coopérations - Reste à charge - Bouclier sanitaire - Réformes de structure - D. Migaud - J. de Kervasdoué - HAS - D. Maigne - J. L. Harousseau - USA - IOM - Episode de soins - Dispositifs médicaux implantables - New England

Année 2011 - p. 129/210

Comme chaque année le rapport 2011 de la Cour des Comptes sur l'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale est un événement très important¹. Il l'est par la taille (547 pages) du rapport autant que par son contenu. Une mine. Signalons la très utile synthèse de 72 pages présentant 17 fiches courtes, aérées, centrées sur un thème bien précis et se concluant par un rappel des recommandations. Cette synthèse est la bienvenue.

Sécurité sociale : le rapport 2011 de la Cour des Comptes

Une fois de plus, on se dit que cette institution jouit d'une liberté d'investigation, d'analyse et de proposition qui, dans notre monde très feutré, est éminemment précieuse.

On en connaît aussi les limites : elles sont au niveau de l'impact très modéré de ses conclusions. Nous, professionnels, en sommes, pour une petite partie, responsables. Rien ne nous empêche en effet de mieux valoriser ces rapports.

Compte tenu de la taille du rapport, nous n'en avons diffusé que quelques chapitres, mais leurs titres sont évocateurs. Citons par exemple : les déficits et l'endettement de la sécurité sociale en 2010 / la maîtrise des dépenses de médicaments / la répartition territoriale des médecins libéraux / tarification à l'activité et convergence tarifaire / les coopérations hospitalières / la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la Sécurité sociale... On est dans les bonnes questions.

Le rapport 2011 a ses spécificités. Nous ne pouvons bien sûr les passer toutes en revue. Retenons en trois.

- Les considérations sur la "convergence" viennent à point nommé pour soutenir, de fait, la démarche de la FHP-MCO² auprès de l'Europe³. La presse ne s'y est pas trompée⁴. On sait la DGOS⁵ très sensible au sujet du regard éventuel de l'Europe depuis quelques mois. Elle l'a dit, elle l'a même écrit. C'est un des ressorts de la refonte du système d'allocation des MIGAC⁶, même si l'épisode du forfait cancer nous a montré les limites de l'exercice : on est parfois plus dans la justification des pratiques que dans leur refonte sur des bases objectives d'équité et d'efficacité.
- Les considérations sur les "coopérations" font l'effet

d'un bon coup d'air frais. Enfin un rapport qui sort de l'incantation magique et idéologique sur les bienfaits de coopérations qui ne sont le plus souvent qu'une "aspiration" ou un voile pudique cachant un statut quo protecteur de situations qu'on dit vouloir réformer. Rarement chantier aussi nécessaire aura été à ce point mis en avant et pourtant aussi bloqué, nié ou détourné. La Cour montre que, de fait, le chantier reste à ouvrir.

- Les considérations sur le reste à charge sont fondatrices elles aussi. On relèvera en particulier le fait que la Cour remette en avant le débat sur le "bouclier sanitaire"⁷. Débat nécessaire et urgent. Il s'agit probablement d'une des grandes réformes structurelles des années à venir. Elle va dans le sens du maintien des caractéristiques et des valeurs qui sous-tendent nos systèmes de santé européens et leur principe de solidarité. Mais la mise en place d'un "bouclier sanitaire" demandera probablement un réel talent, un réel savoir faire politique. Une telle réforme demande en général beaucoup de temps, d'explications, de débats... à moins que l'urgence et l'occasion (l'élection présidentielle ?) facilitent sa mise en place. Mais la Cour rend un réel service en démontrant une fois de plus que ce débat est nécessaire⁸.

Ces appréciations louangeuses sur le travail des experts de la Cour ne veulent pas dire qu'on puisse apprécier l'intégralité des analyses ou des propositions développées sur 547 pages. Beaucoup sont critiquables, certaines sont insuffisantes ou ressortent encore d'une culture très administrative et centralisatrice. Mais au total, à ce niveau de qualité, il n'y a pas grand monde, et cela justifie qu'on se réjouisse globalement et fortement du travail effectué par la Cour.

Ceci étant dit, une autre considération vient à l'esprit. La semaine dernière, le débat sur les soins palliatifs nous amenait, à la suite de l'éditorial d'Eric Favereau⁹, à nous demander si ce n'était pas toujours le même disque, si le disque n'était pas un peu rayé¹⁰. Il y a un peu de cela ici aussi. On objectera avec l'adage bien connu que "*l'art de la pédagogie c'est l'art de la répétition*"... Il se trouve que Jean de Kervasdoué, quelques jours avant la sortie du Rapport de la Cour, a fait paraître dans Le Monde.fr un libre opinion dans lequel beaucoup avait été dit¹¹. Ses



conclusions sont importantes et viennent ici fort à propos. *"Les débats, jusqu'ici, se limitent à leurs dimensions politiques, financières et fiscales, la dimension structurelle est occultée."* [...] *"Comment demain soignerons-nous toujours en France sans distinction de fortune, de race ou de sexe ? Par la réforme ou en augmentant des prélèvements obligatoires déjà très élevés tout en nourrissant une machine sanitaire au si faible rendement dont les plus déshérités sont déjà exclus ?"*

La question est bien là. Les analyses de nos problèmes existent. Qui les cherche peut les trouver. Les choses sont à peu près connues, au moins des spécialistes. On est en effet assez confondu par le niveau des courriers des lecteurs¹² qui font suite aux articles de la presse nationale sur le sujet du dépôt de plainte de la FHP-MCO auprès de l'Europe. La peur de l'avenir de la sécurité sociale donne des œillères ou conforte les œillères idéologiques dont il ne faut pas négliger l'importance en terme de conservatisme suicidaire. La part réactionnaire de la FHF peut continuer à dire officiellement que les cliniques *"se cantonnent souvent aux opérations les plus rémunératrices"*, le niveau réel de connaissance fait que ça passe encore comme argument unique et suffisant. Mais revenons aux questions soulevées par la Cour. Comme le dit son Président¹³, *"notre Sécurité sociale est en déficit à peu près chaque année depuis trente ans"*. De quoi *"entretenir une spirale de la dette, particulièrement dangereuse pour la légitimité et la pérennité même de notre protection sociale"*. *"La Cour renouvelle un message qui n'est pas nouveau mais compte tenu du caractère durable de ces déficits, nous alertons pour faire en sorte que des mesures de désintoxication puissent être prises le plus rapidement possible."*

Au-delà des questions de J. de Kervasdoué et de D. Mignaud, on peut donc s'interroger pour savoir qui travaille à cette désintoxication. Y a-t-il des lieux, des équipes qui travaillent aux réformes structurelles qui devront se faire ? Ou, comme souvent en santé, est-on face au silence, aux prudences peureuses, aux espoirs que ça durera encore un peu ? Laisserons-nous faire ces réformes par des responsables élus sans préparation, dans l'urgence, car la réalité que nous connaissons pourtant nous aura rattrapés, avec les dégâts et les coûts liés à nos retards et à nos impréparations ? Si de tels lieux de réflexion et de préparation de l'avenir existent, il faut les rejoindre et les faire mieux connaître. S'ils manquent, assurément, il faut les créer.

Les orientations de la HAS

Dans ce cadre, le renouvellement de la Présidence et de la Direction générale de la HAS¹⁴ est important pour nous tous. Cette institution avait été créée à la demande des professionnels pour leur défense et pour les aider à développer et à prouver la qualité de leurs prestations. Elle a fait l'objet d'une refondation importante en se transformant en Agence d'Etat. C'est la première fois depuis ce changement de nature que la Présidence et la Direction générale sont renouvelées. Avec la prise de fonction définitive de Dominique Maigne à la direction générale, la nouvelle équipe de direction de la HAS est dé-

finitivement en place. Il faut donc les écouter avec attention.

Dominique Maigne signe son premier éditorial dans La Lettre d'information de la HAS¹⁵ et fixe les priorités. Il se félicite qu'à l'issue des réflexions sur la réforme du médicament *"ses missions [celles de la HAS] sont maintenues dans toutes leurs composantes, voire même étendues"*. Il poursuit en précisant que *"pour faire face à ces différents enjeux, trois axes ont été définis par le Collège de la HAS :*

- améliorer notre réactivité dans les réponses à apporter, notamment aux pouvoirs publics ;
- accroître notre visibilité auprès du grand public ;
- et enfin assurer notre complémentarité avec l'ensemble des agences sanitaires dans la perspective de reconfiguration du paysage institutionnel".

Les axes stratégiques concernant l'institution sont donc clairs.

Dans la même lettre, il faut aussi lire de près l'article intitulé *"Quelle évolution pour la certification ?"* qui est en fait un entretien avec le Pr Jean-Luc Harousseau, président du Collège de la HAS, et Jean-Paul Guérin, membre du Collège et président de la commission « Certification des établissements de santé » qui a maintenant une longue expérience de son poste.

Evolution :

- Jean-Luc Harousseau : *"Il est essentiel de faire évoluer ce dispositif pour prendre en compte les progrès de la médecine et les évolutions du système de santé... Les enjeux de qualité et de sécurité des soins doivent être appréhendés de façon dynamique, en recherchant des systèmes toujours plus pertinents pour y répondre."*
- Jean-Paul Guérin : *"La certification n'est pas une démarche figée. Elle a déjà considérablement évolué au fil de ses différentes versions" [...] "Mais la certification doit encore évoluer pour que nous passions d'une culture de la procédure à une culture de l'efficacité clinique."*

Sécurité, gestion des risques :

- Jean-Luc Harousseau : *"La sécurité des patients est clairement une priorité « non négociable ». La certification doit aussi aider les établissements à améliorer la gestion des risques." [...] "Nous devons être imaginatifs."*

Nouveaux champs d'application :

- Jean-Paul Guérin : *"Nous devons aussi renforcer les droits des patients."*
"Autre thématique d'importance : la cohérence des parcours de soins, au plus près des patients, en incluant de nouveaux types de prise en charge comme l'ambulatoire. La qualité de vie au travail des professionnels de santé est aussi une préoccupation majeure."
- Jean-Luc Harousseau : *"Aujourd'hui, la certification ne permet pas suffisamment d'appréhender la réalité des prises en charge dans les secteurs d'activité. Nous souhaitons améliorer le dispositif sur ce point, en prenant, par exemple, davantage en compte les retours d'expérience des patients."*

- Jean-Paul Guérin : "Nous en sommes aujourd'hui au stade de la réflexion."

Procédure :

- Jean-Paul Guérin : "Parallèlement, la HAS mène des études d'impact de la certification ainsi qu'un projet sur la visite." [...] "Aujourd'hui, les acteurs de la certification concentrent leur énergie sur la préparation et la réalisation de la visite. Mais ensuite, la dynamique a tendance à retomber. Pour éviter cet effet « soufflé », et pérenniser la démarche, la certification doit être repensée. On pourrait envisager la mise en place d'un dialogue établissement de santé/HAS à l'aide de questionnaires et de la réalisation d'un point annuel sur la démarche qualité (« compte qualité »). La visite pourrait aussi ne plus être systématique..."

Deux réformes en débat aux USA

Il est d'usage de dire que les problèmes sont souvent les mêmes partout. Alors que la Cour des Comptes nous pousse à aller de l'avant dans les réformes structurelles, il est intéressant de profiter des expériences étrangères. Cette semaine les Etats-Unis nous proposent deux réflexions intéressantes. L'une concerne le paiement à l'épisode de soins, l'autre les conditions de mise sur le marché des dispositifs médicaux implantables.

L'expérience américaine concernant le paiement des établissements et des médecins à l'**épisode de soins** est à suivre de près. On sait que la réforme Obama en prévoit l'implantation. Cette semaine, un article du New England fait justement le point sur cette approche¹⁶.

La France y a travaillé avec la chirurgie ambulatoire : c'est la CRAM¹⁷ de Rennes qui, la première, dans les années 90, a fait le bilan du coût global d'une intervention chirurgicale en prenant les dépenses de toutes natures et de toutes origines plusieurs jours avant et plusieurs semaines après l'intervention, autrement dit pré, per et post opératoires. Cette approche avait été reprise par la

grande étude interrégimes. De la même façon un début de travail avait été fait en cancérologie, avant les Plans Cancer, lorsque nos organisations représentatives arrivaient à travailler ensemble. La Fédération des Centres était alors en pointe sur le sujet. Cela posait d'ailleurs un peu problème dans la mesure où la priorité était quand même d'installer la T2A. Il n'empêche, le sujet demeure. En oncologie médicale le forfait intellectuel sur trois semaines pour la prescription d'une chimiothérapie, tel qu'il était prévu au début des années 2000, allait dans le même sens.

Le paiement à l'épisode de soins est incitatif à la qualité et restructurant, il devrait donc être d'actualité. Du point de vue des pouvoirs publics qui parlent tant d'implication des médecins dans la marche de l'établissement, de coopération entre établissements et de développement des liens ville-hôpital, s'il y avait volonté réelle, quel meilleur moyen d'incitation que de payer à l'épisode de soins ? Le vrai sujet des réseaux est aussi là. Bref le sujet est encore très neuf en France, mais nous avons montré que des choses étaient possibles, souhaitables et l'actualité devrait incontestablement nous inciter à y aller voir de plus près...

L'IOM relance aux USA le débat sur les conditions de **mise sur le marché des dispositifs médicaux implantables** en sortant un nouveau rapport sur le sujet¹⁸. Le New England Journal of Medicine s'en fait l'écho¹⁹. Ce débat nous concerne aussi, même si la fameuse et très permissive procédure dite 510(k) est spécifique aux USA. Ce que soulignent le rapport de l'IOM et les auteurs des articles du New England c'est qu'il faut une procédure nouvelle qui permette de mieux réguler ces dispositifs du double point de vue de la qualité et de leur sécurité tout en ne freinant pas l'innovation. L'idée de formaliser des procédures spécifiques d'évaluation du type essais cliniques, en amont, et d'un suivi particulier, en aval est elle aussi relancée. Ces débats deviendront certainement d'actualité chez nous, eux aussi, d'ici peu...

- ¹ Cf. le mail UNHPC 11/491 du 8/9/2011. Le rapport intégral est disponible à l'adresse suivante : http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2011.pdf
- ² Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)
- ³ Cf. le communiqué de presse de la FHP-MCO : "*Tarifs hospitaliers : les cliniques et hôpitaux privés MCO portent plainte à Bruxelles pour atteinte à la libre concurrence*" - Jeudi 8 septembre 2011
Téléchargeable sur : <http://www.fhpmco.fr/tarifs-hospitaliers-les-cliniques-et-hopitaux-privés-mco-portent-plainte-a-bruxelles-pour-atteinte-a-la-libre-concurrence/>
- ⁴ Cf. par exemple, le Figaro : "*De l'eau au moulin de la fédération des cliniques (FHP-MCO), qui vient de porter plainte sur ce thème contre la France à Bruxelles, pour distorsion de concurrence*". <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2011/09/08/04016-20110908ART-FIG00646-la-secu-droguée-a-la-dette-s-alarme-migaud.php>
- ⁵ Direction générale de l'offre de soins (Ministère de la santé)
- ⁶ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- ⁷ Cf. p. 308 : "*une réforme de plus grande ampleur consisterait à supprimer tout ou partie des exonérations ciblées existantes et à mettre en place un régime unifié de prise en charge. Les réflexions récentes sur le bouclier sanitaire vont en ce sens, mais nécessitent des expertises approfondies pour mesurer notamment l'ampleur des transferts de charges entre catégories d'assurés qui pourraient en résulter.*"
Cf. p. 342 : "*Cette révision pourrait également s'inscrire dans le cadre d'une réflexion plus profonde et systémique sur la mise en place d'un bouclier sanitaire dégressif en fonction du revenu.*"
Cf. p. 529 : "*Enfin, s'agissant des voies de réforme évoquées, l'instauration d'un bouclier sanitaire, dont la Cour souligne d'ailleurs les difficultés, ne recueille pas l'assentiment de la CNAMTS dans la mesure où ce dispositif, s'il peut répondre à des objectifs de redistribution des restes à charge, n'apporte pas de réponse à la dynamique des dépenses. Il n'apparaît pas, de ce fait, comme une solution de rééquilibrage structurel. Sa mise en place conduirait, par ailleurs, à passer d'un système de réassurance fondée sur la sinistralité à une réassurance fondée sur le revenu et conduirait à poser la question du niveau de réallocation qui pourrait être considéré comme acceptable, notamment pour les moins bien portants.*" On peut se demander d'où vient l'affirmation selon laquelle ce système "*n'apporte pas de réponse à la dynamique des dépenses*", car c'est justement un des gros avantages qu'y voient ses promoteurs : le réajustement peut se faire très facilement et le multiplicateur est tel que l'impact d'un réajustement d'un euro sur le financement du système est considérable.
Rappel important pour ce débat (cf. p. 317) : "*En 2009, le reste à charge moyen par an et par personne après intervention des AMC s'élevait à environ 255 € en prenant en compte le périmètre de la CSBM et à 33 € sur les seules dépenses présentées au remboursement. Toutefois, si aucune donnée ne semble être disponible concernant la dispersion des restes à charge après intervention des complémentaires, celle-ci est probablement très élevée compte tenu de l'inégale qualité des contrats souscrits.*"
- ⁸ Sur ce sujet on consultera, entre autres, le très intéressant dossier de la revue Commentaires (mail UNHPC 2007/03 du 2 janvier 2007) : Jacqueline SIMON - *Assurance maladie - Le retour aux fondamentaux* - Commentaire - décembre 2006/janvier-février 2007 (Hiver 2006-2007) - Volume 29/Numéro 116 - ISBN 2-916291-05-9 - pp. 967-979
et : Gilles Johanet - *La preuve par neuf - Réponse à Jacqueline Simon sur la réforme de l'assurance maladie* - Idem pp. 981-992
Mais aussi : Haut Conseil de la santé publique - *La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique* - Rapport - novembre 2009 - La Documentation Française Avril 2010 (mail UNHPC 2009/564 du 13/12/2009)
- ⁹ Eric Favereau - *L'euthanasie, un débat sans fin* - Libération mardi 30 août 2011
- ¹⁰ Cf. notre chronique 11/35 du 5/9/2011
- ¹¹ Jean de Kervasdoué - *Réformes structurelles : rigueur de gauche* - Point de vue - lemonde.fr 05/09/2011- http://abonnes.lemonde.fr/idees/article/2011/09/05/reformes-structurelles-rigueur-de-gauche_1566727_3232.html
- ¹² Cf. par exemple l'affligeant courrier des lecteurs sur le site du Monde en réponse à l'article de Joan Tilouine - "*Les cliniques privées attaquent l'État pour atteinte à la libre concurrence*" paru le 9-9-2011, sur http://www.lemonde.fr/societe/reactions/2011/09/09/sante-les-cliniques-privées-attaquent-l-etat_1570129_3224.html
Tous les poncifs y sont. Les cliniques "*choisissent leurs malades, les plus rentables*", mais personne ne rappelle que c'est l'Etat qui fixe les tarifs et qu'ils sont supérieurs dans le public. Personne ne formule ce qui serait une vraie critique : certains établissements ne sélectionnent pas assez leurs patients et gardent certains patients sans avoir la certitude d'avoir les compétences ou le plateau technique requis par une médecine de plus en plus spécialisée.
Les cliniques "*ne font pas les urgences, les grossesses à risque, les brûlés, les greffes...*" : personne ne signale qu'on ne leur en donne pas l'autorisation, personne ne rappelle qu'il n'y a pas si longtemps les urgences ont été interdites dans les cliniques par le Ministre Kouchner, personne ne rappelle qu'il a fallu des années et plusieurs Plans nationaux pour que les Ministres considèrent qu'un citoyen mourant dans une clinique avait droit, lui aussi à un accompagnement en soins palliatifs reconnu et financé... Tout le monde parle des dépassements d'honoraires sans que jamais ne soit mentionné que c'est l'Etat et la Sécurité Sociale qui ont inventé ce système mortifère et qui nous y soumettent.
- ¹³ Didier Migaud - *La Sécu « droguée » à la dette, s'alarme Migaud* - le Figaro 08/09/2011
- ¹⁴ Haute autorité de santé
- ¹⁵ Lettre d'Information de la Haute Autorité de Santé - n° 28 - Septembre/Octobre 2011.
Cf. le mail UNHPC 11/486 du 7/9/2011
- ¹⁶ Robert E. Mechanic - *Perspective: Opportunities and Challenges for Episode-Based Payment* - The New England Journal of Medicine - september 1, 2011 - n engl j med 365;9
- ¹⁷ Caisse régionale d'assurance maladie
- ¹⁸ Institute of Medicine - *Medical devices and the public's health: the FDA 510(k) clearance process at 35 years* - Washington, DC: National Academies Press, 2011.
Nous n'avons pas diffusé ce rapport paru fin juillet 2011, mais il est téléchargeable ainsi qu'un résumé, une lettre d'accompagnement et une revue de presse à l'adresse suivante : <http://www.iom.edu/Reports/2011/Medical-Devices-and-the-Publics-Health-The-FDA-510k-Clearance-Process-at-35-Years.aspx>
- ¹⁹ Gregory D. Curfman, and Rita F. Redberg, - *Perspective: Medical Devices - Balancing Regulation and Innovation* - The New England Journal of Medicine 10.1056/nejmp1109094
"*Many Americans benefit from the implantation of medical devices, such as artificial joints and lifesaving defibrillators. Tragically, many also suffer or even die from complications related to medical devices that were never studied in clinical trials before being implanted in patients.*"
David R. Challoner, and William W. Vodra - *Perspective: Medical Devices and Health - Creating a New Regulatory Framework for Moderate-Risk Devices* - The New England Journal of Medicine - 10.1056/nejmp1109150

**L'indignation suscitée par
la confusion, les incompétences
et les hypocrisies régnantes
souligne l'urgence d'un
"parler vrai"
et responsable**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/37

Date de parution : lundi 19 septembre 2011

Sujet : **Indignations**

Mots types : Dépassements d'honoraires - Secteur optionnel - UNOCAM - Manifeste - A. Grimaldi - D. Tabuteau - Fr. Bourdillon - Egalité - Solidarité

Année 2011 - p. 133/210

Depuis le livre à succès de Stéphane Hessel¹, l'indignation est à la mode nous dit-on. Cette semaine, bien des événements suscitaient une vraie indignation, au-delà même des histoires de valises et de mallettes qui remplissaient l'actualité. Notre secteur n'était pas en reste.

En plein débat sur les sanctions après contrôles T2A, alors que rien n'est réglé, le Ministre se déplace à Dijon, lève royalement la sanction concernant le CHU de Dijon, trouve le moment bien choisi pour annoncer des dotations financières exceptionnelles aux hôpitaux, pour "gestion vertueuse" - le CHU se porte immédiatement candidat -, et annonce qu'il viendra lui-même inaugurer le nouvel hôpital en janvier. On est là, pour le moins, dans le bizarre autant que dans les habitudes...

Mais nous nous attarderons cette semaine sur deux faits qui suscitent pour beaucoup émotion et indignation : le dossier des dépassements d'honoraires et la parution d'un "manifeste" trompeur.

Les dépassements d'honoraires, encore !

Chaque étudiant en première année de droit ou de sciences politiques apprend que les Etats ne sont jamais tenus par leurs engagements, sauf en ce qui concerne les accords internationaux car, jusqu'à la période moderne, il y avait risque de guerre en cas de non-respect de ces engagements-là.

Il n'empêche.

En juillet tout le monde se félicite de la signature d'une nouvelle Convention. Tout le monde est tenu par un engagement solennel de régler en partie, timidement mais quand même, la question des dépassements par la mise au point d'un système de "secteur optionnel", avant la fin septembre. Il est entendu que les complémentaires financeront ce qu'il faut pour la mise en œuvre de ce nouveau système de rémunération réputé un peu moins mortifère pour les professions libérales et un peu moins inique pour les citoyens².

Pourquoi l'expérience prouve-t-elle que les Etats n'ont pas de parole ? Parce qu'ils se trouvent toujours quelque intérêt supérieur qui fait qu'au moment concerné, il y a

d'autres priorités. C'est exactement ce qui nous arrive. L'Etat a besoin d'argent. Il tape sur les complémentaires et épuise, de fait, leur faculté contributive, sauf à augmenter considérablement les cotisations.

L'UNOCAM³ bloque. Elle explique dans un communiqué que ce sera "un effort financier de plus d'1,5 milliard d'euros qui sera demandé aux Français pour leur santé". Elle en profite pour faire levier sur une de ses revendications les plus controversées, celle de ses "réseaux de soins" retoqués cet été par la loi Fourcade.

Pour Philippe Cuq, Président du Bloc, "le gouvernement doit trouver une solution d'ici à la fin de l'année". Il appelle à une "semaine d'action" du 25 novembre au 4 décembre. Michel Chassang, Président de la CSMF⁴, appelle le Gouvernement "à tenir ses engagements pour la mise en œuvre effective du secteur optionnel dès le 30 septembre" car "le gouvernement peut agir par le biais des contrats responsables". Christian Jeambrun, Président du SML⁵ est "consterné", lui aussi, et il s'étonne de "la mansuétude apparente" des pouvoirs publics "vis-à-vis des propos menaçants des mutuelles qui cherchent à prendre en otage la création du secteur optionnel, malgré leurs signatures de l'accord conventionnel". Devant la Commission des comptes de la santé, le Ministre Xavier Bertrand feint publiquement la colère et promet des initiatives, probablement par le biais du PLFSS⁶. Les élus seront donc au pied du mur. L'expérience nous montre que peu ont la lucidité et/ou le courage nécessaire pour régler une fois pour toutes ce système odieux et destructeur. Ils ne l'ont pas fait lorsque c'était facile. Ils devront le faire dans un univers très contraint. Il faut donc les encourager vivement à être à la hauteur de leurs responsabilités. Ce ne sera pas facile.

Ce ne sera pas facile car les années passant, l'habitude est prise et le brouillard s'installe dans les esprits, les capacités de discernement se dissipent. Souvenons-nous de la période pas si lointaine où les molécules onéreuses utilisées en chimiothérapie n'étaient plus remboursées aux hôpitaux publics après l'obtention de leurs AMM⁷ ou, dans le privé, lorsque la chimiothérapie se faisait en hospitalisation complète. L'accoutumance aidant, on voyait dans la "littérature" des articles prenant le phénomène d'hospitalisations longues dans les hôpitaux publics



comme un "phénomène naturel" alors qu'il ne s'agissait, dans la plupart des cas, que d'un effet pervers du système de rémunération. Combien de patients ont été hospitalisés de façon inutile, longuement et parfois même en réanimation alors qu'ils étaient éligibles à une prise en charge en chimiothérapie ambulatoire ! On en est heureusement sorti, mais ce fut un long combat, y compris contre les "esprits habitués" !

De la même façon les dépassements d'honoraires sont maintenant pris partout comme un "phénomène naturel", presque une "donnée de la nature" ("*qu'est-ce qu'on y peut ?...*") dont il faudrait seulement contrôler les effets. Ce phénomène naturel devient même objet de "science" ! Ainsi, cette semaine il est paru une étude, fort bien faite au demeurant, analysant "*pour la première fois les comportements des médecins en matière de dépassements d'honoraires en France métropolitaine*"⁸. Elle a été présentée en très haut lieu puisqu'elle l'a été devant la Commission des comptes de la santé !

Nos lecteurs ne seront pas surpris par ses "enseignements"⁹. Ah ! La science ! C'est rassurant de constater qu'elle peut prouver qu'il y a de l'air dans le vent ! Mais il ne faut pas s'étonner qu'elle s'arrête là, puisqu'il s'agit d'un "phénomène naturel". Comme les auteurs le disent tout au long de leur étude, il convient de "*limiter la pratique des dépassements d'honoraires*"¹⁰, comme on s'attacherait à limiter les effets des ouragans...¹¹

Par contre on peut s'indigner au sujet des commanditaires de ce type d'études puisqu'ils viennent de l'Etat. Disons-le, un Etat qui privilégie "*une étude des comportements en matière de dépassements*" (pour les modéliser¹² afin de mieux les "réguler") en lieu et place d'une étude pour savoir comment sortir de ce système odieux est un Etat aussi crapuleux que peut l'être une banque qui finance l'étude de modèles mathématiques pour mieux spéculer au lieu de financer des études pour mieux investir à bon escient sur des projets d'investissements productifs et pérennes.

Il faudra donc convaincre les Parlementaires de la vraie "réalité".

Ce n'est pas celle d'un phénomène naturel à l'évolution dangereuse qu'il faut mieux contrôler.

C'est celle d'un mode d'allocation pervers et mortifère sciemment choisi et organisé qu'il faut abandonner au profit d'un système d'allocation cohérent avec les principes fondateurs de notre système de santé et les impératifs de la dignité professionnels et de ceux découlant du respect dû aux patients.

Le rapport de cette semaine le rappelle donc opportunément : "*Instauré en 1980, dans un contexte d'explosion démographique du corps médical mais aussi de faible croissance du PIB¹³ et de forte augmentation du chômage, le secteur 2 résultait d'un double objectif du gouvernement : freiner la progression des dépenses de santé (en évitant d'augmenter les tarifs conventionnels) tout en permettant la revalorisation des revenus des médecins*"¹⁴. Dit autrement, c'est la patate chaude. Moi, Ministre, je trouve logique d'augmenter les honoraires de certains médecins, mais je ne veux pas accroître le déficit de la sécurité sociale. Je trouve donc habile de refiler la patate chaude à d'autres, les patients en l'occurrence, quitte à casser les rapports sociaux, les principes procla-

més, les fondements déontologiques de la médecine et, *last but not least*, la médecine libérale.

Cela dure depuis 30 ans, car comme nous le disait Xavier Bertrand lors de son premier mandat "*c'est vrai, mais, hélas, je n'ai plus le temps*", ou comme nous le disait Roselyne Bachelot "*c'est vrai, mais on ne peut pas tout faire en même temps et le chantier HPST¹⁵ est déjà énorme*".

Bref, on remet toujours, toujours à plus tard... Jusqu'à ce que cela devienne ingérable car, comme le rappelle opportunément l'étude "scientifique", comme tout phénomène de mimétisme¹⁶ fondé sur l'envie, ce genre de phénomène suit toujours une courbe exponentielle !¹⁷ La prochaine étude "scientifique" nous montrera que les freins installés sont unanimement ressentis comme injustes et inéquitables, puisque, c'est vrai, "*d'autres, moins qualifiés ou moins utiles, prennent plus que moi*"... Et ça repartira pour un tour.

Oui, comme depuis longtemps, il y a de quoi être particulièrement indignés par ce dossier et par l'incurie de nos responsables politiques successifs sur le sujet.

Rappelons une fois encore les leçons de l'Histoire : une auto-allocation de revenus fondée sur des financements collectifs, cela finit toujours très très mal.

De plus, Messieurs les Parlementaires, sur un dossier comme celui-là, prenez garde que nos concitoyens ne soient tentés par l'opinion majoritaire aux USA. En Europe nous croyons encore fermement et majoritairement que l'Etat est capable d'être garant des principes de solidarité et d'égalité qui sont au fondement de notre savoir vivre ensemble. Ce n'est pas le cas aux USA et cela ne date pas de l'opposition à Obama ou du Tea Party. Comme l'expliquait en 1985 l'économiste John Kenneth Galbraith dans un article fort opportunément repris cette semaine¹⁸, la majorité pense que "*puisque'il [l'Etat] est à la fois incompetent et inefficace, on ne saurait lui demander de se porter au secours des pauvres : il ne ferait que mettre davantage de pagaille et aggraverait encore leur sort*"... Espérons que la colère qui monte de toutes parts se montre bonne conseillère des élus lors du PLFSS, leur donne le courage et la lucidité dont ils auront bien besoin ! Mais il faudra aussi s'en occuper !

Un "manifeste" en trompe l'œil

Justement, cette semaine, paraît un "Manifeste" au nom très beau : "**Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire**"¹⁹. Nous en avons été avertis par des relais nombreux et nourris sur plusieurs radios. Il était présenté comme une sorte de pétition faite à l'initiative du Pr André Grimaldi et on y développait ses arguments habituels. Il y a longtemps qu'A. Grimaldi n'est plus pris au sérieux tant ses plaidoyers sont exagérés et surtout fondés sur des arguments soulignant souvent son incompetence sur les sujets sur lesquels il se montre pourtant volontiers donneur de leçons. Bref, cela ne valait qu'une oreille discrète.

Mais voilà, la presse en dit plus et le Nouvel Observateur publie des extraits de ce manifeste. Ces extraits sont largement repris par la presse nationale.

On découvre que ce Manifeste est présenté ce jour en librairie, dans une grande maison, Odile Jacob, qu'il est

complété de 17 fiches thématiques et qu'il est cosigné de Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru et Olivier Lyon-Caen.

On s'étonne au moins de la présence de Didier Tabuteau et de François Bourdillon.

On connaît en effet le rôle du premier dans les cabinets de Bernard Kouchner, dans plusieurs de nos textes réglementaires majeurs, la qualité de nombre de ses publications et l'excellent travail qu'il fait maintenant à Sciences-Po.

De la même façon il y a longtemps qu'on se félicite des travaux de François Bourdillon. On se souvient de son passage à l'ANAES et de ses positions courageuses sur la nécessaire médicalisation des évaluations et de l'accréditation, on connaît son opiniâtreté à creuser le champ de la santé publique et son action en tant que Président de la Société française de santé publique.

On s'étonne donc de ce curieux mélange qui apparaît contre nature. Les choses sont donc sérieuses et méritent attention.

Hélas, quelle déception et, pour tout dire, quel sentiment d'indignation à la lecture attentive de cet ouvrage ! On y retrouve les arguments éculés de Grimaldi, mais cette fois-ci, ils sont présentés dans un environnement tout à fait sérieux et documenté.

On souscrit à bon nombre des rappels des grands principes régissant l'organisation de notre système de santé, on souscrit à bon nombre des constats relatifs à son évolution mais quel mélange, quel salmigondis avec des positions idéologiques aussi simplistes que sectaires et pour tout dire indignes de leurs auteurs.

Qui ne souscrit aux constats selon lesquels :

- *"les générations de l'après-guerre ont fait le choix de la solidarité et d'un investissement collectif exceptionnel pour protéger et améliorer la santé de la population"* ;
- *"depuis les années 1980, ce bien collectif auquel la population est particulièrement attachée est confronté à des crises sans précédent - de santé publique - d'identité professionnelle - démographiques ;*
- *"la politique de prévention et de promotion de la santé reste à construire ;*
- *"confronté à de tels bouleversements, le secteur de la santé dépend plus que jamais des choix politiques"... ?*

En fait, c'est là que tout commence.

"Cette dépolitisation relative des questions sanitaires a permis, à la faveur de l'empilement de mesures présentées comme « techniques » et limitées, d'entrer insidieusement dans une logique de déconstruction des services publics concourant à la protection de la santé."

Diable ! *"Une logique de déconstruction"* ! Voilà qui est fort, même pour ceux qui, comme nous, portent des critiques parfois lourdes. Voilà qui charge nos responsables d'intentions claires et déterminées. L'accusation est grave. On attend donc démonstration.

La phrase qui suit donne la clef : *"C'est tout d'abord la volonté affichée depuis peu de ne plus distinguer hôpi-*

taux publics, établissements privés à but non lucratif et cliniques commerciales". Le service public serait donc le produit d'une structure et non du respect d'un cahier des charges ? On passe sur le registre de l'opinion, avec, en prime, une faute technique : c'est la loi Evin - Durieux de 1991 qui place tous les établissements de santé sous la même loi. Le *"depuis peu"* a donc 20 ans ! Personne n'a jamais contesté cette nécessité, pas même D. Tabuteau lorsqu'il était aux affaires, même si la Cour des Comptes constate dans chacun de ses rapports que l'hôpital jouit d'une certaine liberté dans le respect des lois. Mais, au fil des années, on note des progrès importants dans l'application des lois à l'hôpital. Est-ce cela qui gêne ?

Le Manifeste poursuit : *"Cette confusion a conduit à la suppression de la notion de service public hospitalier dans la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009. La notion d'établissement dédié exclusivement au service public pourrait même disparaître à terme."* Voilà donc la grande affaire : les privilèges tombent et les privilégiés râlent.

On nous précise d'ailleurs un peu plus loin : *"Le service public hospitalier repose sur les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif participant au service public. Les cliniques commerciales lorsqu'elles sélectionnent les pathologies et les patients et lorsque les médecins y pratiquent les dépassements d'honoraires ne font pas partie du service public."* On comprend mieux pourquoi il suffit de *"réguler les dépassements"*, on y reviendra ci-dessous : comme cela les libéraux et les cliniques ne pourront pas dire qu'ils contribuent au *"service public"*. CQFD...

La suite dénonce la T2A, *"l'idéologie gestionnaire"*, la *"rentabilité et la concurrence à tout prix"*. On retrouve les positions habituelles d'A. Grimaldi, habitué à être payé pour ce qu'il est et non pour ce qu'il fait, à confondre chiffre d'affaires et résultat. On retrouve aussi ses approximations ou ses inexactitudes (*"le financement au tarif, le « tout T2A », doit laisser place à un financement mixte"*²⁰ : vous en connaissez beaucoup de CHU *"tout T2A"* vous ?...). Mais qu'un socialiste comme D. Tabuteau défende ce point de vue corporatiste, de privilégié à qui on ne demande pas de comptes, voilà qui surprend. A moins que le mot socialisme ne recouvre maintenant plus, avec Jean-Marie Le Guen et quelques autres, qu'un simple conservatisme corporatiste et sectaire ? Mais cette confusion des esprits finira par se payer très cher.

Le texte passe ensuite à la critique de *"la lente dérive des dépassements d'honoraires non régulés"*. Nous voilà donc dans le registre de l'hypocrisie. Curieux ces bons apôtres déjà oublieux de leurs *"convictions"* affirmées qui ne dénoncent pas le principe des dépassements d'honoraires mais se contentent d'en dénoncer la *"non-régulation"*. Mais on a cru, plus haut, en déceler la raison très intéressée. *"Abusez", "abusez",* puisqu'on vous le permet, on vous *"régulera"* et, surtout, on pourra vous rejeter du *"service public"*²¹...

On passe ensuite à la critique de la sécurité sociale. C'est le même cycle. On part du constat incontestable, parfaitement connu et expliqué selon lequel les frais de gestion des assurances complémentaires sont structurelle-

ment beaucoup plus élevés que ceux de l'Assurance-maladie. Didier Tabuteau avait commis, il y a peu, un très bon petit ouvrage pédagogique que nous avons recommandé ici même²².

Ici, on est dans le "y a qu'à" : "*Le service public de l'assurance-maladie doit être assuré par la réduction des dépenses laissées à la charge des malades, par la maîtrise collective des dépenses de santé et par l'accroissement des recettes*". Nous y voilà, il n'y a qu'à, en effet, "*accroître les recettes*". Comment n'y avait-on pas pensé plus tôt. D'ailleurs : "*le refus de toute augmentation des prélèvements obligatoires, quel qu'en soit le motif, est la clé de cette entreprise de privatisation de la santé.*"

On arrive logiquement à la conclusion. Nous la citons intégralement : "*Les signataires se prononcent pour un financement de l'augmentation des dépenses de santé médicalement justifiées (c'est-à-dire expliquées par les progrès médicaux et l'évolution des besoins) grâce à l'accroissement des recettes de l'assurance-maladie solidaire (et non par un transfert aux assurances complémentaires et une augmentation du reste à charge). Cela suppose de réviser le « panier de soins » financé par la solidarité, en ne payant plus les fausses nouveautés et en ne remboursant plus les prescriptions inutiles.*"

Ben voilà ! Pour les signataires, il faut augmenter les recettes et s'il faut changer quelque chose, prétexter et instrumentaliser la vraie question des "fausses nouveautés". Cela leur servira de voile pour une révision du "panier". Ce qui trouble en plus, c'est que cette révision a de forte chance d'exclure des remboursements beaucoup de choses utiles qui sont remboursées aujourd'hui. Le privilégié est pris la main dans le sac au détriment des plus pauvres et des plus vulnérables. Jamais il ne se pose la question de savoir comment il pourrait faire plus, mieux, plus vite et moins cher au sein d'une enveloppe contrainte. C'est pourtant cela que nos concitoyens attendent de nous...

Après de tels amalgames, après l'instrumentalisation de vraies critiques au profit des privilèges corporatistes, après une telle avalanche de plaidoyers pour que rien ne change chez les puissants et les nantis du système on souhaite plus encore une République plus "*égalitaire et*

solidaire". Il faut libérer le système hospitalier de ces prédateurs, le désidéologiser, revenir aux fondamentaux, bref, oui, le sortir de ces réseaux d'influence, le "laïciser" comme on disait au début de la République.

Si nos politiques, si les concurrents à l'élection présidentielle avaient pris la mesure des problèmes et s'engageaient aux réformes de structures nécessaires pour sauver notre sécu et non ses privilégiés, on ne s'en ferait pas trop. Hélas il n'en est rien. La gauche en est au "*tout hôpital*" et la droite à une gestion au fil de l'eau qui dégrade le système.

Il ne faut donc pas négliger un tel pamphlet. Il risque d'ajouter à la confusion.

Ceux qui en douteraient feraient bien de jeter un coup d'œil à la liste des 123 signataires : il y trouveront de grands noms, de très respectables personnalités. Comment sont-elles montées dans cette galère ? Mystère.

Mais une chose est sûre. Il y a du travail en perspective pour que les principes fondateurs derrière lesquels s'abritent ces faux apôtres ("*solidarité, égalité, prévention, qualité des soins, éthique médicale, démocratie sanitaire*") ne deviennent pas rapidement, avec leur aide, synonymes de mensonges. L'affaire est trop grave.

Dans le Monde de jeudi, Sylvie Kauffman titrait et concluait un article sur la Russie : "*la Russie en panne de modèle et incapable de produire le sien*".

Prenons garde de ne pas tomber sous le coup d'un pareil constat quant à notre système de soins. Ce manifeste est dangereux. Ses auteurs veulent maintenant rédiger un "pacte" qu'ils soumettraient aux candidats, comme Nicolas Hulot avait su le faire sur les questions d'environnement. Ici, il y a tromperie sur la marchandise. Il est urgent de démasquer les hypocrites²³ et de développer un autre "manifeste", de mettre au point de véritables réformes structurelles cohérentes avec les principes affirmés. Il y a urgence si l'on veut que les prochaines générations puissent bénéficier, comme nous, d'un système à peu près égalitaire²⁴ et solidaire.

Puisse l'indignation suscitée par ce texte hypocrite nous y aider !

¹ Stéphane Hessel - *Indignez-vous !* - Indigène éditions - Paru en 10/2010

² Ainsi que le rappellent Les Echos du 15/9/2011 : "*les praticiens qui rejoindraient ce secteur optionnel s'engageraient à réaliser au moins 30 % de leurs actes au tarif remboursé. Pour les 70 % restants, les dépassements seraient limités à 50 % en plus de ce prix. En échange, les complémentaires rembourseraient ces dépassements encadrés.*"

³ Union nationale des organismes d'assurance complémentaire (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance)

⁴ Confédération des syndicats médicaux français

⁵ Syndicat des médecins libéraux

⁶ Projet de loi de financement de la sécurité sociale

Il sera très intéressant de suivre le débat organisé lors de la XVII^e Université de la CSMF, en clôture, dimanche prochain 25 septembre sur le thème : "Quel partage entre sécurité sociale et complémentaires, solidarité et assurance ?"

Animateur : Véronique Hunsinger, Le Généraliste Grand témoin : Gérard Raymond, Président de l'AFD Intervenants : Guillaume Sarkozy, Délégué Général du Groupe Malakoff Méderic, Frédéric Van Roekeghem, Directeur Général de l'UNCAM, Christian Jeambrun, Président du SML et Michel Chassang, Président de la CSMF

Le Ministre Xavier Bertrand clot cette Université quelques minutes après...

⁷ Autorisation de mise sur le marché

- 8 Vanessa Bellamy (Drees) Anne-Laure Samson (LEDA-Legos, Université Paris Dauphine) - *Choix du secteur de conventionnement et déterminants des dépassements d'honoraires des médecins* - Cf. mail UNHPC 11/504 du 15 septembre 2011
- 9 Exemples :
- Des dépassements d'autant plus élevés que l'activité est faible "Tout se passe comme si les médecins ajustaient leurs tarifs dans le but d'atteindre un niveau de « revenu cible »" (1.3.5, p. 19)
 - Des taux de dépassements plus élevés sur les actes cliniques (1.3.6, p. 19)
 - Mimétisme des comportements et solvabilité de la clientèle : les principaux déterminants des dépassements d'honoraires (p. 21)
 - Un fort mimétisme des comportements en matière de dépassements (2.3.7, p. 30)
 - Les libéraux à exercice mixte ont les taux de dépassement les plus élevés : "La hiérarchie des taux de dépassement selon les spécialités varie en fonction du statut des médecins, mais, hors omnipraticiens, les libéraux exclusifs ont des taux de dépassements systématiquement plus faibles que les non exclusifs." (1.3.4, p. 18)
- 10 Il y a aussi quelques passages stupéfiants. Cf. par exemple dans la conclusion p. 31 : "L'encadrement de la pratique des dépassements apparaît également efficace. Nos résultats le montrent avec le cas des patients bénéficiaires de la CMUC : les médecins ayant une plus forte proportion de patients CMUC - sur lesquels ils ont légalement une interdiction de pratiquer des dépassements - réalisent moins de dépassements." A ce niveau, puisqu'on suppose que les experts sont des gens honnêtes et non des pervers, on a une expertise qui regarde le doigt quand on lui montre la lune...
- 11 Cf. aussi p. 31 : "Conclusion - Les dépassements d'honoraires constituent aujourd'hui un enjeu majeur pour la régulation de notre système de santé". Non, un enjeu beaucoup plus fort encore, qui concerne tout "notre système de santé", pas seulement sa "régulation" !
- 12 Cf. : Annexe 1.2 - Modéliser les déterminants des comportements des médecins en matière de dépassements (p. 36)
- 13 Produit intérieur brut
- 14 p. 2
- 15 Loi "hôpital patient santé territoire" dite loi "Bachelot" - loi 2009-879 du 21/7/2009
- 16 Cf. aussi conclusion p. 31 : "on observe un fort comportement mimétique entre les médecins : ils pratiquent des dépassements d'autant plus élevés que leurs confrères le font. Autrement dit, la pratique des dépassements n'est pas contrebalancée par l'effet de la concurrence entre médecins, probablement car la demande de soins est fortement socialisée et peu élastique." Quelle découverte d'économie comportementale ! D'ailleurs, d'après nos experts "à la lecture de ces résultats, les comportements des médecins en matière de dépassements seraient donc probablement dictés par l'existence d'une « cible » de revenu à atteindre, la cible pouvant ici être mesurée par le montant des revenus moyens des médecins de la même spécialité du département. Cette hypothèse reste à confirmer et pourrait être testée en exploitant la dimension panel des données". Il y a un créneau pour des études supplémentaires en effet, de plus ces études sont financées sur fonds publics, alors pourquoi se priver ? Suggestion : financer une autre étude pour voir s'il n'y a pas corrélation entre le niveau des dépassements et la baisse de la durée du travail, ou d'autres... de plus cela serait créateur d'emplois qualifiés...
- 17 Cf. p. 6 : "Une pratique des dépassements hétérogène et en forte progression ces dix dernières années"
- 18 Article paru dans le numéro de novembre 1985 de Harper's Magazine. Repris dans J.-K. Galbraith, L. Cordonnier et J. Swift - *L'Art d'ignorer les pauvres* - Ed. Les Liens qui libèrent et Le Monde diplomatique - Septembre 2011, 78 pages, 6 €
- 19 Cf. le texte intégral de ce "manifeste" en pièce jointe du mail UNHPC 11/511, avec la table des matières du livre : André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru, Olivier Lyon-Caen - *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire* - Odile Jacob, paru le 15 septembre 2011, 192 pages, 12 €. ISBN 9782738126924
- 20 Cf. la fiche 3 "Le financement des hôpitaux" : les propositions (pp. 58-59), en conclusion de la fiche : "Nous proposons pour soutenir le fonctionnement des hôpitaux de :
- revenir à une conception unitaire du service public hospitalier confié, sauf exception, aux seuls établissements publics ou privés non lucratifs totalement dédiés à cette activité;
 - distinguer les enveloppes de financement pour chacune des composantes du système hospitalier. L'augmentation de chaque enveloppe doit prendre en compte les prévisions d'activité et d'augmentation des charges de chaque secteur (coût de la vie, mise aux normes de sécurité, mesures salariales, coûts des traitements, etc.) ;
 - sanctuariser les crédits MERRI-MIGAC afin de mieux valoriser des missions de service public qui ne doivent pas servir de volant de régulation ;
 - définir un mode de financement mixte et équilibré reposant sur une tarification à l'activité, une dotation globale de financement et le cas échéant un prix de journée (pour les soins palliatifs par exemple). Les trois modes de financement : T2A/dotation globale/prix de journée doivent donc être utilisés conjointement ;
 - poser le principe d'une convergence tarifaire sectorielle au sein des établissements du service public hospitalier, d'une part, et au sein des autres établissements, d'autre part : c'est-à-dire mettre un terme à la politique de convergence intersectorielle (« tarif unique ») réclamée par la Fédération de l'hospitalisation privée et le Medef. La convergence sectorielle doit de plus être segmentée de façon à comparer les établissements comparables par leurs missions, leur taille, leur bassin de population, la vétusté de leur bâti, etc. "
- 21 Là aussi on est surpris par l'écart qu'il y a entre les propositions du "Manifeste" et l'analyse proposée dans la fiche n° 8 "Les dépassements d'honoraires et l'activité privée à l'hôpital public" (pp. 97 à 105), analyse qui est correcte et qui aurait dû déboucher naturellement sur des propositions de suppression du système des dépassements (et d'un réajustement suffisant - à due concurrence ont dit plusieurs Ministres... des honoraires). Mais comment se contenter de "réguler" un système présenté comme "heurtant le principe de dignité et d'universalité de l'accès aux soins", "décrédibilisant le système social de remboursement", "le montant laissé à la charge du patient créant des inégalités dans l'accès aux soins" (p. 98), "la liberté tarifaire sapant les fondements de l'organisation du remboursement des soins imaginée en 1945" (p. 103) ?
- 22 Didier Tabuteau - Dis, c'était quoi la Sécu ? : Lettre à la génération 2025 - Editions de L'Aube - Mai 2009 - 77 p.
- 23 Citations :
- Selon Molière (Dom Juan), "l'hypocrisie est un vice à la mode et tous les vices à la mode passent pour vertus."
- Selon André Maurois : "ce qui est d'une hypocrisie insupportable, c'est d'accepter les privilèges d'une classe sans en accepter les fonctions."
- Selon le poète Jacques Delille : "les hypocrites, comme les abeilles, ont le miel à la bouche et l'aiguillon caché."
- Selon Pauline Gill (Docteure Irma, tome 1) : "à leurs revendications pourtant légitimes, on répond trop souvent par le mensonge et l'hypocrisie."
- 24 A propos d'égalité, signalons la parution du livre de Pierre Rosanvallon - *La Société des égaux* - Seuil, Les Livres du nouveau monde - Paru le 01/09/2011 - 432 pages - 22,50 € TTC. Il s'agit du troisième volet de son enquête sur les mutations contemporaines de la démocratie (après *La Contre-démocratie* (Seuil, 2006 ; Points, 2008) et *La Légitimité démocratique* (Seuil, 2008 ; Points, 2010)). Selon l'auteur "il n'y a rien de plus urgent que de refonder l'idée d'égalité pour sortir des impasses du temps présent." "La reconstruction d'une société fondée sur les principes de singularité, de réciprocité et de communalité est la condition d'une solidarité plus active."

**Bâtir une stratégie
pour la médecine hospitalière
de demain c'est possible
et c'est nécessaire**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/38

Date de parution : lundi 26 septembre 2011

Sujet : **Découragements**

Mots types : Congrès - PLFSS - Réflexions sur l'avenir - G. Vallancien - F. Rouillon

Année 2011 - p. 138/210

Comme souvent en septembre, la semaine était riche en propositions de rencontres ou de congrès. Citons l'ESMO¹ à Stockholm, les anesthésistes avec le SFAR² à Paris, l'ANAP³ sur la performance à Avignon, la CSMF⁴ à Cannes... La CSMF réfléchissait entre autres sur la question : "2012 : *quelles idées neuves pour la médecine libérale ?*" C'est une bonne et utile question en effet.

Il faut également citer des rassemblements plus petits mais qui constituent eux aussi des lieux d'échanges et de formation importants : si nous parlions la langue officielle nous dirions volontiers que ce sont des lieux d'expression de la démocratie de proximité. Citons par exemple le 2e Congrès des Représentants des Usagers avec la FHP-MCO⁵ : les débats étaient de très bon niveau et la salle était pleine... d'usagers, ce qui était très bien même si l'on peut regretter l'absence des professionnels sursaturés de réunions ; le Groupe des radiothérapeutes de l'ouest qui se réunissait à Saint-Malo en présence de Bruno Chauvet, futur Président de la SFRO⁶... Tout cela est important en effet car il faut, ensemble, assumer le présent et préparer l'avenir.

Le PLFSS

Comme prévu le PLFSS⁷ est, cette année, un PLFSS de transition. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas le surveiller comme le lait sur le feu. La presse ne s'y trompe pas et rend largement compte de son contenu. Il est très politique en ce sens qu'il faut gérer la crise tout en ne mécontentant que ceux qui peuvent l'être pour ne pas nuire aux élections. Les analyses du Figaro et des Echos qui ne sont pas suspects d'être d'opposition sont parmi les plus éclairantes. La sécurité sociale reste donc en longue maladie et comme le regrette Didier Migaud, le Président de la Cour des Comptes "*la spirale de la dette sociale française, unique en Europe, va se poursuivre*". Et pourtant les prévisions de croissance et donc les prévisions de recettes retenues sont optimistes, comme souvent. Malgré la stagnation des prix, nous sommes donc, en quelque sorte, relativement protégés. Les échéances sont une fois de plus retardées, elles risquent donc d'être d'autant plus coûteuses. Et pourtant l'année sera, une fois de plus, difficile, surtout pour nos salariés réduits une fois encore à la portion congrue du fait de tarifs encore et encore stag-

nants et parfois en baisse. Dans cette politique du coup par coup au fil de l'eau, il faut pourtant noter quelques détails qui n'en sont pas.

Il y a les choses qui ne bougent pas, comme le fait de croire qu'intégrer les objectifs de performance dans les CPOM⁸ cela va changer les choses, en particulier à l'hôpital public. La liste des indicateurs de performance sera fixée par arrêté ministériel et les conditions d'application seront définies dans un décret. On sait que ça ne marche pas, mais on continue de faire semblant de croire que c'est comme ça qu'on va y arriver. On demande aux ARS⁹ de faire aussi bien que les innombrables Vice-Ministres des ministères techniques de la défunte URSS. La gestion par les normes. Comme il est précisé, l'important sera dans la publication des résultats. On connaît.

Mais il y a aussi des choses qui bougent.

Comme le rapporte une dépêche APM du 23 septembre : l'article 33 précise que la fixation du prix d'un produit de santé par le CEPS¹⁰ prendra en compte non seulement l'ASMR¹¹ comme c'est le cas actuellement, mais aussi, "*le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique*" réalisée ou validée par la Haute autorité de santé. Ce sont les Anglais qui vont être impressionnés par cette soudaine avancée en France !

De la même façon, il va falloir surveiller de près la création du FIR, nouvel acronyme important puisqu'il s'agit d'un "*fonds d'intervention régional*" qui va sans doute se substituer au FIQCS¹² et FMESPP¹³. On connaît l'argument : on ne donne pas de tarif car il faut donner des "marges de manœuvre" aux ARS. C'est aussi pour cela qu'on ne transformait pas en tarifs les MIGAC¹⁴ qui pouvaient l'être lorsqu'ils étaient réformés pour se prémunir d'éventuels critiques de l'Europe. Avec le "forfait cancer", on a donné, même si les bases de calcul sont un peu moins inéquitables. Il sera intéressant de voir si les ARS donnent du tarif à partir de ce nouveau fonds. Hélas il y a fort à parier qu'il sera beaucoup plus satisfaisant pour leur ego et pour leur image de se comporter en Vice-Ministres généreux en continuant à distribuer des subventions selon leur bon vouloir.



Réflexions sur l'avenir

Pendant ce temps on commence à voir ici et là des réflexions sur l'avenir. Cela devient urgent. On notera cette semaine les prises de position de Guy Vallancien, Claude Le Pen et d'Yves de Prost, dans les Echos¹⁵, en réaction au "Manifeste" qui nous avait tant choqués la semaine dernière. Saine réaction. Beaucoup auront été intéressés aussi par le papier de Frédéric Rouillon dans Le Monde¹⁶, papier intitulé "*La médecine se meurt... Quand trop de bureaucratie étouffe la politique de santé*". On y trouve quelques constats forts qui font souvent écho à des considérations développées ici même. "*De nombreux patients se sentent de plus en plus mal traités*". "*En admettant même que le financement des soins se soit dégradé, ce ne serait pas quantitativement mais qualitativement [...] Mais, c'est surtout, le poids budgétaire de la bureaucratie sanitaire qui absorbe une part croissante du budget de la santé*". "*La crise actuelle de la médecine [...] nous semble plus identitaire que budgétaire*". "*Comment imaginer que l'indispensable lien de confiance puisse se nouer entre un patient, réduit à l'état "d'usager" d'un service médical, et un technicien spécialiste de l'organe dysfonctionnel ?*" "*L'administration hospitalière se plaît à présenter l'hôpital comme un producteur de soins et à embrigader les patients dans des associations d'usagers, construites comme des associations de consommateurs*". "*Comme les autres grands secteurs de notre organisation sociale, la médecine est asphyxiée par la bureaucratie*". "*Quant aux hôpitaux, non contents d'engloutir des milliers d'heures de travail dans les réunions [ils] n'ont eu de cesse de multiplier les comités*". "*Une commission a-t-elle jamais soulagé un douloureux chronique ? Un médecin bien formé a-t-il besoin qu'un "comité Théodule" lui rappelle la nécessité de prendre en compte les plaintes algiques de ses patients ou qu'il est capital de se laver les mains ?*" "*L'administration qui devrait tout mettre en œuvre pour valoriser son capital humain – les soignants – a gangrené leur exercice professionnel en édictant des règles inopportunes, chronophages et coûteuses. Son fantasme de tout maîtriser et son hostilité affichée vis-à-vis des médecins, aboutit à une caporalisation de la médecine qui nuit gravement à ses missions*". On sourit, mais on sourit jaune car chacun de nous sait qu'il y a beaucoup de vrai dans ces constats. Il faut bien sûr se garder de la critique facile de "la bureaucratie". Et pourtant, qui ne ressent, qui n'est pas amené à constater que, s'il y a encore des merveilles - les patients parlent toujours des "miracles de la médecine" - , si le service rendu est bien réel et plus que jamais indispensable, si les dévouements et les bonnes volontés ne se comptent pas, on se surprend cependant souvent à penser aussi comme Frédéric Rouillon que "*la médecine se meurt, les médecins se découragent et les malades se plaignent d'être négligés*"... Il est donc urgent de recentrer la médecine sur ses fondamentaux, de dégager des perspectives pour redonner courage et fierté à ceux qui exercent un métier qui reste magnifique et privilégié, et, surtout, de faire retrouver le goût et les motivations nécessaires pour bien soigner, pour une bonne et humaine prise en charge des patients.

Oui, il faut refonder nos métiers et cela passe aussi par des réformes structurelles. Il n'y a pas que la crise et la

dette qui l'exigent. Mais le découragement et le manque de repères sont tels que certains en viennent à penser qu'on n'y peut rien, que les temps sont trop durs. Ces débats traversent aussi nos organisations et, plus précisément en ce moment, nos syndicats. C'est peu de dire qu'ils sont en crise eux aussi. Certains pensent d'ailleurs qu'il convient d'objectiver une crise supplémentaire, une crise en leur sein... Puisqu'ils servent peu, il faudrait les affaiblir encore. D'autres pensent qu'il faut faire le constat qu'on n'y peut rien, qu'on ne peut plus avoir de stratégie, qu'il convient donc de se contenter de gérer nos intérêts au fil de l'eau. Ils justifient donc eux aussi la faiblesse de nos organisations. Erreur profonde. Les temps sont durs, mais ils ne le sont pas plus que d'autres, et certainement moins que d'autres encore. Mais, comme toujours, ils amènent à relever des défis nouveaux, et on ne sort des crises que si on sait fédérer, rassembler, donner des perspectives. Là est la question, toujours la même : "*que faire ?*". Il ne faut pas s'étonner du fait que l'on soit déçu des réponses si l'on attend qu'elles viennent "des autres". Il est faux de dire qu'on ne peut plus avoir de stratégie pour l'avenir de la médecine libérale et pour les établissements privés. Il faut s'en occuper. Partir des constats de la situation actuelle et de ses exigences. Il faut y apporter des solutions. Il faut mouiller la chemise sur des dossiers techniques, sur des orientations compatibles avec les exigences du temps et les possibilités qui sont les nôtres aujourd'hui, dégager des priorités et s'y tenir. Se plaindre de l'incurie des politiques, se décourager face à la bureaucratie ne fait que les renforcer. Se contenter de la chasse aux aumônes qu'ils nous proposent est un piège. Il faut leur amener des voies de solutions. Ils finiront bien par les prendre, la crise de la dette qui s'annonce fait qu'ils ne pourront rester dans l'à peu près de la gestion au fil de l'eau.

Restons donc sur notre champ hospitalier et prenons le risque, à titre d'exemples, de citer quelques pistes déjà évoquées ici même, parmi d'autres.

- Officialiser la responsabilité de l'ONDAM à Bercy et recréer de fait une sorte de tripartisme, le Ministère de la santé étant ainsi structurellement poussé à s'occuper plus de santé et de qualité de soins que de défense corporatiste du secteur public.
- Explorer de nouveaux modes d'allocation de ressources (capitation, épisode de soins, forfaits...) de manière à cumuler leurs effets restructurants et les possibilités qu'ils redonnent aux professionnels en matière d'innovation et donc de productivité dans les prises en charge. Développer l'évaluation médico-économique.
- Supprimer les dépassements d'honoraires, en réintégrant leur masse dans le champ conventionnel afin de réajuster les rémunérations et clarifier la répartition de la charge. Orienter fermement les négociations vers une revalorisation des activités cliniques.
- Réguler par la simplification du système et non par sa complexification et pour cela explorer des solutions du type bouclier sanitaire, donner une place centrale à la régulation par les prix et des engagements longs.
- Nos politiques préfèrent l'approche par les subventions à l'approche par les prix. Elle est plus gratifiante

pour eux mais plus délétère pour le système. L'argument du moment est qu'il faut donner des marges de manœuvre aux ARS. Soit. Mais alors pourquoi ne pas leur donner l'enveloppe des MIGAC correspondant à des activités en les obligeant à la "distribuer" sous forme de hausse de tarifs, leurs choix étant bien sûr publics, justifiés et tenus dans le temps ?

- Contraindre à plus de cohérence et donc d'évaluation les politiques dites incitatives. Prévoir dans mise en place une restitution sur les effets obtenus. Le cas le plus typique est celui de la chirurgie ambulatoire où on s'étonne que les Fédérations ne reprennent pas les propositions de l'AFCA¹⁷ consistant à demander la restitution d'une partie des gains de productivité sous forme de hausse de tarifs, avec une forte influence de leur avis sur les GHS¹⁸ cibles de ces restitutions.
- Réordonner les champs d'intervention de l'Etat, des administrations et des Agences afin de les clarifier et d'éviter les doublons, les concurrences entre elles et la confusion des champs de compétence. Revenir en particulier aux fondamentaux du triptyque de la régulation qualitative du système : autorisation préalable, évaluation de l'achat, évaluation sur résultats.
- Etre plus cohérent sur les trois grands choix médecin salarié / médecin sous traitant / médecin entrepreneur, reprendre et consolider les trois environnements tant dans le secteur public que le secteur privé. Homogénéiser ou rendre moins inéquitables les différentes conditions de départ en retraite, la question est liée.
- Réévaluer le rôle des sociétés savantes et leur donner accès à un environnement qui leur permette de se professionnaliser.
- Ouvrir le champ des possibilités au niveau des évolutions des métiers en permettant l'évolution tant vers la "technicisation" que vers l'expertise ou le partage des

tâches, les rémunérations étant revues en cohérence. Revoir, simplifier et raccourcir en conséquence la formation des médecins.

- Réformer l'hôpital pour le doter d'une vraie direction libre de ses orientations et responsables de ses résultats. Protéger les cliniques du capitalisme financier qui en fait un lieu de spéculation au détriment de la collectivité qui *in fine* devra payer la bulle tout en consolidant le capital des investisseurs "métiers". Créer un vrai droit de la coopération et moderniser le droit de la responsabilité individuelle des médecins qui développent les bonnes pratiques d'une médecine concertée.
- Etablir et faire fonctionner des règles de "concurrence fictive" qui remette en question les avantages acquis et libère les initiatives et les capacités d'innovation. Soumettre certaines activités dites de service public à appel d'offres sur cahier des charges.
- Faire des propositions multiples et nombreuses sur des "petites" modifications dans la réglementation ou les organisations qui libèrent du temps ou des compétences et qui permettent de gagner immédiatement en productivité sans perdre en sécurité.
- ... et bien d'autres encore car ceux-ci sont cités rapidement et en vrac, au risque de crisper tel ou tel sur une formulation trop approximative ou même inadéquate ou sur l'oubli d'un autre chantier prioritaire.

Mais tout ça pour dire, pour rappeler, que les chantiers ne manquent pas et qu'il est possible de les nommer, de les choisir, de les agencer pour développer une stratégie cohérente de sortie de crise¹⁹. Ce ne sont pas les chantiers qui manquent, ce sont l'ambition, la volonté et les ouvriers. Il faut s'y mettre et les ouvriers accourent.

¹ European society for medical oncology - The European Multidisciplinary Cancer Congress, Stockholm 23 – 27 September 2011

² Société française d'anesthésie et de réanimation

³ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Les "universités d'été de la performance en santé se sont déroulées les 16 et 17 septembre 2011 au Palais des Papes à Avignon. Cf. : <http://www.performance-en-sante.fr/>

⁴ Confédération des syndicats médicaux français. Cf. : <http://www.csmf.org/>

⁵ Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)

⁶ Société française de radiothérapie oncologique

⁷ Projet de loi de financement de la sécurité sociale

⁸ Contrat pluriannuel d'objectif et de moyens

⁹ Agence régionale de santé

¹⁰ Comité économique des produits de santé

¹¹ Amélioration du service médical rendu

¹² Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

¹³ Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

¹⁴ Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

¹⁵ Guy Vallancien, professeur d'urologie à l'université Paris Descartes ; Claude Le Pen, professeur d'économie de la santé à l'université Paris Dauphine ; Yves de Prost, professeur de dermatologie à l'université Paris Descartes - *Réponse aux auteurs du « Manifeste pour une santé égalitaire »* - Les Echos du 23 septembre 2011

"On fait rêver ! Manques coupables qui traduisent un retard d'analyse criant, alors que nous sommes au pied du mur, face à ces questions majeures auxquelles les citoyens ne sont guère préparés à répondre, faute d'information. Finalement, ce manifeste ressemble à un pâle catalogue qui pêche par son approche traditionnelle sans envergure ni remise en question créatrice. Espérons que d'autres propositions, cette fois véritablement novatrices, émergeront à l'occasion de la campagne électorale qui s'ouvre."

¹⁶ Frédéric Rouillon, professeur de psychiatrie à l'université Paris-Descartes, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne (Paris) - Point de vue - *La médecine se meurt...* - Le Monde du samedi 24 septembre 2011, p. 16

¹⁷ Association française de chirurgie ambulatoire

¹⁸ Groupe homogène de séjours

¹⁹ Les mêmes questions se posent dans tous nos pays. Cf. cette semaine Jonathan Oberlander, Ph.D. - *Perspective: Health Care Policy in an Age of Austerity* - The New England Journal of Medicine - 2011; 365:1075-1077 September 22, 2011

La T2A à l'honneur...

Un chantier de 28 ans

C'est l'occasion de mesurer
les progrès accomplis et de
s'interroger pour savoir
comment réformer plus vite

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/39

Date de parution : lundi 3 octobre 2011

Sujet : **T2A**

Mots types : Martine Aoustin - PMSI

Année 2011 - p. 141/210



Par décret du Président de la République du 31/12/2010 le Dr Martine Aoustin a été promue Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'honneur. Jeudi dernier ses insignes lui ont été remises par Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale.

Il est des décorations qui ont du sens et qui sont méritées, plus que d'autres. De notre point de vue, celle-ci en fait partie et cela vaut qu'on s'y arrête un peu, sous forme d'hommage.

Au-delà de la carrière, du parcours et de la personne, ce qui est mis en avant, ce sont les responsabilités exercées par Martine Aoustin pour la mise en place de la T2A¹.

Le PMSI : un long et rude combat

Ce fut un très long et très rude combat. Les enjeux étaient importants. Martine Aoustin a su faire franchir à ce dossier une étape décisive et conclusive.

Tout commence en 1982. Il faut déjà affronter les dérives des dépenses de santé et celle des hôpitaux en particulier. La clairvoyance de Jean de Kervasdoué, alors "Directeur des hôpitaux" lui permet d'introduire un système dénommé PMSI² qui, sur le modèle de ce qu'avait réalisé Fetter aux USA³, va permettre de doter notre pays d'un système de mesure, et donc de définition, de "produits" hospitaliers. Cela sera fait dès 1983 dans le cadre d'une réforme en trois volets. Obligation de produire une comptabilité analytique pour connaître les coûts, introduction du PMSI pour pouvoir rémunérer les hôpitaux à la pathologie comme on disait alors et blocage des allocations sous forme de budget global⁴ durant l'année nécessaire à la mise en place des deux premiers volets.

Jean de Kervasdoué mésestime la puissance des oppositions et le budget global durera plus de... 20 ans ! Ce budget global, mesure temporaire faite pour marquer les

esprits mais conservée de très longues années, est une catastrophe car, outre l'iniquité des bases historiques qui le fondent, il encourage à travailler le moins possible, il est donc exactement contraire à l'intérêt national et il pervertit les esprits.

Tous les freins sont serrés et les années 80 se passent autour d'une ineptie érigée en mensonge officiel par tous les opposants : le PMSI serait seulement un outil de santé publique et d'étude épidémiologique. En aucun cas il n'aurait été question d'en faire un outil d'allocation de ressources ! Passons...

Le privé n'est pas concerné. Dans le partage des pouvoirs il dépend de l'Assurance-maladie. Il est en fait déjà payé à l'activité, selon des modalités diverses, entre autres les fameux FSO⁵. L'approche privilégiée par la CNAM⁶ est une approche "prix". L'origine de la productivité des cliniques vient en grande partie de là.

Au seuil des années 90 quelques directeurs de clinique voient l'intérêt du PMSI et prennent contact avec l'équipe en charge de la question à la Direction des hôpitaux. Elle est découragée et prête à jeter l'éponge devant l'opposition des hôpitaux qui se fonde sur toute une série d'arguments : ce PMSI est "infaisable", il ne sert à rien (ce qui n'était pas faux puisqu'on s'arrangeait en effet pour qu'il ne serve à rien...), il s'agirait d'une tromperie puisqu'il n'avait soit disant jamais été dit qu'il servirait à allouer les ressources, il ne prenait pas en compte la "réalité" médicale, était insultant pour certains corps comme les infirmières qui étaient "oubliées", il obligerait les cliniciens à se bureaucratiser, si on voulait garder cette approche, il y avait des systèmes bien meilleurs (nous étions sans étalon de mesure et il valait mieux discuter à l'infini des mérites respectifs de chacun des étalons disponibles ou imaginables plutôt que d'en choisir un...) et, *last but not least*, il n'avait pas d'avenir puisque "même les USA l'abandonnaient"...

L'arrivée de représentants de cliniques qui, eux, veulent participer et sont persuadés que cette approche est de grand avenir est, pour les responsables du PMSI à la Direction des Hôpitaux, une divine surprise. Malgré les difficultés et grâce à eux, 16 cliniques vont donc pouvoir "l'expérimenter". Elles deviendront 64⁷... Elles prouvent que ça peut marcher. Avec l'échelon médical de la CNAM - Martine Aoustin - et l'UHP, ces cliniques suscitent puis renforcent un système de contrôle⁸ très sévère.

Ces cliniques permettent ainsi la constitution d'une base de données que les experts internationaux considèrent vite, en termes de qualité, comme une des meilleures au monde, et pour cause !

Ces temps ne sont pas si lointains, et pourtant il faut rappeler ici l'état dans lequel nous étions en termes de connaissance de ce qui se faisait à l'hôpital. Au début des années 90, en termes d'activité, on ne connaissait du système hospitalier que le nombre de naissances car les Maires le voulaient et le nombre de décès car la police voulait en avoir connaissance ! Rien d'autre pour le plus gros budget de la nation. Cela paraît incroyable mais cela montre le chemin parcouru.

Après un terrible coup de matraque donné par le Ministre Claude Evin sur le chiffre d'affaires chirurgical des Cliniques (- 13 % !) le syndicalisme privé renaît sous le leadership d'Alain Coulomb et "*donne des idées au Ministre*" puisque, selon lui, "*l'administration ne lui en donne pas*". C'est le Protocole d'accord du 4 avril 1991 qui contient toutes les réformes structurelles des années qui vont suivre. Entre autres engagements, les cliniques vont être payées "*à la pathologie*" "*d'ici la fin de l'année 1991*" !...

On connaît la suite. Tout est en permanence retardé. Pour justifier les retards, les indécisions, les freins, le travail de sape, on "*expérimente*" et on "*expérimente*" encore. Mais, pour animer le tout, on crée des "*comités*". Ils ont l'avantage de fédérer les acteurs les plus motivés. C'est là que le docteur Martine Aoustin apparaît. Elle a la très délicate mission de représenter la CNAM dont le directeur d'alors⁹ est hostile à ce qu'il appelle le "*petit machin sans importance*" - le PMSI, toujours - et prend par ailleurs toute une série d'initiatives pour le contrer. La cécité d'un des esprits parmi les plus brillants du système hospitalier sur l'importance d'avoir un système d'information digne de ce nom interroge encore, mais elle a eu des conséquences désastreuses pour l'Assurance-maladie. et a précipité l'étatisation du système.

Les enjeux, toujours actuels

Revenons aux fondamentaux et rappelons les enjeux qui portaient d'autant de postulats. Ils restent d'actualité.

- **Etre payé pour ce que l'on fait** et non plus pour ce qu'on est ou a été. La médecine n'est plus réductible à un accompagnement. Elle fournit et produit du soin. Elle soigne. Il faut donc mesurer ce qu'elle fait et la payer pour cela et non plus seulement pour qu'elle assure une présence comme le ferait une Eglise.
- Pour mesurer l'activité et la rémunérer, en soins hospitaliers comme pour toute activité de production de biens et services, il vaut mieux essayer de **définir des produits** de soins hospitaliers plus ou moins homogènes que de suivre, codifier et payer les innombrables composantes du soin.
- **Redonner des marges d'initiative et donc d'innovation** et de progrès aux professionnels qui, au lieu d'être payés à partir des composantes d'une prise en charge sont payés pour un produit, un ensemble de faits et gestes articulés à un environnement afin d'atteindre un but prédéterminé. Les praticiens regagnent

en indépendance.

- **Rapprocher les modes d'allocation de ressources** aux établissements de santé de tous statuts et donner à l'Etat un outil de régulation, d'incitation, d'orientation par les prix. Disposer d'un tel outil permettrait en outre d'instaurer un système de "concurrence fictive" pour récupérer une partie du dynamisme engendré par la concurrence sans subir les inconvénients d'une régulation par le marché.

Une vraie et nécessaire mutation culturelle

Tout cela demandait une vraie mutation culturelle aux médecins. La culture médicale est en effet une tension pour diagnostiquer le présent et prévoir l'avenir. Coder un séjour demande au contraire de **se pencher sur le passé** pour se dire à soi-même ce que l'on a fait et d'avoir un minimum de culture économique pour discerner ce qui a suscité le coût le plus important. Cette mue était incontestablement difficile. Le contexte d'opposition et d'amalgame avec la défense d'intérêts corporatistes la rendait encore plus difficile. Malgré les revendications des internes et des chefs de clinique... de mai 1968 !, il n'y a toujours pas la moindre formation sur ces sujets dans le cursus pourtant fort long des médecins, en France. Les inciter à regarder dans le rétroviseur d'un séjour alors qu'ils ne sentent responsables que de l'avenir d'un diagnostic était donc difficile à comprendre.

Il en est de même pour la **dimension proprement économique** consubstantielle au PMSI. On était, on est hélas toujours dans un environnement culturel où le terme de "comptable" reste l'insulte suprême. C'est oublier que les comptables sont des gens qui se caractérisent par la rigueur de leur approche, une discipline de fer dans le traitement des données (tout médecin s'étant une fois dans sa vie plié à l'obligation d'obtenir une "balance carrière" a pu le constater...) et que tous les historiens considèrent que l'invention de la comptabilité en partie double sur les foires d'Italie du Nord, de la vallée du Rhône et en Flandres a constitué un des apports civilisationnels parmi les plus importants. Il n'y a pas de raison que la comptabilité et l'économie ne "civilisent" pas aussi la médecine. Mais le contre exemple américain ainsi que la confusion actuelle entre économie et spéculation fait que, malgré le code de déontologie et malgré les problèmes de financement, les progrès sont encore très lents et que la suspicion demeure.

Du côté des médecins, il faut aussi reprendre, une fois de plus, le mot célèbre d'André Loth¹⁰ selon lequel l'information en santé a deux finalités : soigner le patient et soigner le système. Ce deuxième aspect et l'aptitude aux responsabilités qu'il suppose n'avaient rien d'évident. Au début des années 1990, il paraissait naturel pour les médecins libéraux de codifier leur activité afin de pouvoir toucher leurs honoraires. Dire en plus que l'acte médical n'était pas terminé tant que sa codification PMSI n'était pas faite par le praticien était à la limite de l'incompréhensible. Or il n'y avait pas de représentation légitime des médecins dans le Comité de pilotage national. Déjà, à l'époque, les médecins faisaient peur. Les représentants de l'UHP¹¹ ont convaincu l'ensemble du Comité de pilotage qu'il fallait "*prendre le risque d'y intégrer les*

médecins", comme plusieurs de leurs organisations représentatives le demandaient. Au-delà des peurs culturelles, c'était aussi un risque réel puisque certaines organisations médicales affirmaient régulièrement leur volonté de boycotter cette codification. Au nom de la CSMF¹², le docteur Serge Larüe-Charlus intégra donc le Comité de pilotage. Il faut ici lui rendre hommage car une étape décisive, historique, fondatrice a été franchie grâce à sa lucidité, à ses capacités à convaincre les siens et, disons-le à son courage. Il fut admis et inséré dans la réglementation que **coder son acte faisait partie de l'acte**. A compter de ce jour, l'acte n'était donc pas terminé tant que sa codification n'était pas faite. La formulation est restée la même dans le code de la santé publique depuis cette décision historique¹³. Elle était assortie de l'accord des représentants légaux des médecins pour une nomination du DIM¹⁴ par la direction de l'établissement "*après avis de la CME*"¹⁵. C'est une autre révolution¹⁶. Les choses pouvaient alors réellement commencer. Sur ce plan là au moins, la révolution culturelle était faite. Il faut donc rendre hommage aux responsables médicaux de l'époque, nous leur devons beaucoup.

La mutation culturelle était aussi très forte et nécessaire au niveau des "administratifs" du Ministère comme des hôpitaux. On ne peut pas dire que la formation économique ou la formation à la gestion d'entreprise soient prioritaires à l'École de Rennes. En 2011 nombreux sont les directeurs qui confondent encore chiffre d'affaires et rentabilité. Les déformations provenant des années passées en budget global sont là aussi. Pour beaucoup de soignants et d'administratifs la T2A était donc le mal. Rares étaient les pédagogues qui pouvaient expliquer que la T2A était en fait une chance extraordinaire de sauver l'hôpital que le budget global tuait à petit feu. En ces temps de crise de la dette on imagine la dureté des temps si nous ne disposions pas de cet **outil incitatif à l'activité et à la productivité** que constitue la T2A !

Quant au privé, il faisait un pari de confiance dans ses possibilités d'évolution et d'innovation : en prônant la T2A il savait qu'il allait réveiller l'hôpital, mais il faisait le pari qu'il se développerait au total mieux dans un environnement concurrentiel sain plutôt qu'en face d'un mammoth immobile et dévoreur de budgets. Il restait dans sa culture entrepreneuriale et libérale et résistait par là même aux tentations parfois confortables de l'économie administrée et de sa régulation par le pouvoir. Mais, on le voit, si les nécessités du temps sont claires, les options systémiques et corporatistes le sont aussi...

Une mise en place particulièrement longue

Nous avons évoqué rapidement les années 80. En 91 on croit qu'on va y arriver. Tout ou presque est dit dans un ouvrage absolument remarquable paru en 1992 et qui n'a hélas jamais été réédité : "*Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI*"¹⁷. En fait les années 90 et le début des années 2000 vont d'expérimentations en comités, de comités en rapports, de promesses en lâchetés, de militantismes en découragements, de périodes d'activisme en périodes d'atonie, de gestion des coups bas et des coups tordus aux périodes de renaissance. Au

fil des années, un petit groupe d'hommes et de femmes se constitue, peu nombreux mais qui sont toujours là, qui tiennent bon. Ils ont entre eux des débats parfois vifs. Leurs origines sont très diverses mais une même exigence, une même vision des conditions d'un vrai service public les lient entre eux. Martine Aoustin en est, bien sûr. Elle est une de ces personnalités qui suit le dossier en permanence, de comités de pilotages en comités d'experts, de comités de suivi en sessions de formations, de colloques en conférences. Il y a les anciens de l'équipe Kervasdoué. Il y en a d'autres. On les retrouve dans les institutions citées, mais aussi dans des institutions spécialisées comme le PERNNS¹⁸, le CTIP¹⁹, le Groupe Image²⁰, ce qu'on pourrait appeler "l'école" de Nancy²¹, l'ALASS²², le "club" UHP²³ qui deviendra, avec l'accord de la FIEHP²⁴, l'ADIMEHP²⁵. Très modeste institution qui voulait préfigurer ce que serait un organisme paritaire de gestion de la base nationale. Très modeste, mais à la portée symbolique tellement forte que le Directeur de la CNAM, Gérard Rameix²⁶ avait officiellement sollicité l'adhésion de la CNAM ! Ils irriguent des revues comme "La Lettre des Systèmes d'Information Médicalisées" publiée par la Direction des Hôpitaux. Ils sillonnent ensemble la France dans d'innombrables sessions d'information ou de formation.

Depuis 1982, 20 ministères se sont succédés. Et puis vint la décision du Ministre de la santé Jean-François Mattéi qui, à la surprise de beaucoup, nomme en **2002** le Dr Martine Aoustin à la direction de la Mission « Tarification à l'activité » avec pour mission de passer aux actes, enfin !

A son arrivée, elle qui était une des meilleures spécialistes de la question, a pourtant une mauvaise surprise. Elle trouve ou retrouve des tonnes de documents mais elle ne trouve rien d'opérationnel, rien qui prépare un vrai fonctionnement. L'administration faisait des études, des expérimentations, mais ne préparait rien pour que l'outil devienne vraiment opérationnel. Après tant d'années de travail, même les plus impliqués n'avaient pas conscience de l'ampleur du vide organisationnel à combler.

Un dossier imprévu s'impose en plus dans l'urgence. Martine Aoustin découvre en effet l'appel d'offres ouvert par l'Allemagne pour choisir un système de groupage. A l'évidence il fallait s'y précipiter. Convaincre les Allemands de prendre le système français. A l'extrême limite, négocier avec eux un système commun. Le sort de l'**Europe** sanitaire se jouait en partie là. On imagine quel formidable outil de progrès nous aurions si les systèmes français et allemands étaient les mêmes, et quelle force d'entraînement cela aurait eu auprès des autres pays et en particulier des Italiens et des Portugais qui avaient repris purement et simplement des classifications américaines et les avaient mises en place en 2 ans ! Leur dynamisme fait qu'ils auraient certainement suivi. Mais non. Rien. Personne ne s'y était intéressé. Martine Aoustin et son équipe constatent très vite qu'il est trop tard. Les Allemands optent pour le système australien. Il y a des loupés qui sont des désastres. Martine Aoustin essaiera par la suite de fédérer les "décideurs" en matière de tarification à l'activité des pays européens. Les échanges qu'elle a ainsi permis furent riches d'enseignement, mais l'initiative restait forcément très limitée, et il n'est

même pas sûr qu'elle perdure après son départ.

Bref, en 2002, le dossier est en déshérence. Il faut tout faire, y compris déterminer dans l'urgence ce qui ne ressort pas du paiement au GHS car bien sûr le 100 % GHS n'a pas de sens, mais les arbitrages sont techniques et politiques, autrement dit très difficiles (molécules et dispositifs onéreux, urgences, réanimation, soins intensifs, toutes les MIG, tous les AC, séjours extrêmes, "actes frontières" qui doivent remplacer la liste 4²⁷, nombre et nature des forfaits, tarifs de prestations, tarifs de responsabilité, sort des "bornes"...). Dans l'urgence aussi, il faut définir les modalités et les calendriers de transition pour chacun des statuts d'établissements. Il faut faire avec une toute petite équipe, même si avec Michèle Brami qui la rejoint, elle s'assure d'une base technique extrêmement solide. Il y a des compétences et des dévouements qui justifieraient d'autres Légions d'Honneur !

Trancher, arbitrer, convaincre, mettre en place, la tâche est énorme et l'environnement pas toujours très aidant. Les esprits forts ricanent. Il y a des retournements parmi les plus fidèles qui se mettent à critiquer à tout va quand, enfin, se met en place ce qu'ils ont demandé depuis plus de 20 ans. Tout cela est normal, humain, mais demande en entregent, un courage, une lucidité, une ténacité, une capacité d'adaptation, d'entraînement, de conviction, d'arbitrage et une dose d'habileté... au-dessus de la moyenne !... et qui valent bien, avec la réussite, une Légion d'Honneur !

La réussite est là, en effet. Début 2008 tous les établissements sont payés par GHS à 100 % de ce qui peut l'être. Le reste bénéficie de prestations techniquement adaptées, même si l'utilisation politique qui en est parfois faite pose question.

Mission accomplie donc, avec une montée en charge en avance sur le calendrier officiel.

Cela veut-il dire qu'il n'y a plus rien à faire ? Hélas non. Au-delà du rappel qui a été fait concernant les enjeux et l'épisode européen, contentons-nous de quelques exemples.

- Un mauvais arbitrage a été fait concernant les **honoraires**. Pour que les comparaisons public privé restent compliquées et pour donner des arguments à ceux qui n'en veulent pas, les honoraires n'ont pas été intégrés au système comme ils l'étaient sur la facture 615 devenue S3404. La totalité des syndicats médicaux le demandaient. Demain, il sera sans doute difficile de les convaincre de l'utilité de les intégrer et de rassurer le corps médical sur le maintien de son indépendance.
- Le scandale absolu de la non-intégration de toute la **radiothérapie** dans un même système perdure.
- Les hôpitaux sont toujours incapables d'émettre des **factures**. On croit rêver. Là aussi on "expérimente". On sait ce que cela veut dire. Un vrai scandale là aussi.
- L'**accessibilité** aux données a fait de gros progrès, mais l'incroyable blocage de l'accès de tous à Hospi-diag par la DGOS montre que le sujet n'est pas encore clos.
- Le débat sur les avantages respectifs des **deux approches** CCAM / forfait séjour réputé homogène ne fait

plus recette mais il le devrait pourtant. En fait, il est surprenant qu'une activité professionnelle majeure soit encore payée en additionnant les prix de chaque geste, de chaque composante du produit ou du service qu'elle fournit. De plus un tel système génère par nature une somme importante d'effets pervers. Le débat sur les approches forfaitaires est certainement plus fondateur. La réforme du K15 telle qu'elle était prévue il y a plus de dix ans avec un forfait pour une prise en charge de trois semaines reconnaissant l'acte intellectuel de la prescription et l'action de coordination des soins était autrement plus saine. Du côté des établissements l'impératif de productivité qui s'imposera de plus en plus brutalement compte tenu de la dette et l'expérience acquise avec la T2A devraient nous pousser à évaluer le potentiel d'approches de type "épisodes de soins" qui pousse la logique du séjour à son extrême, ou celle de la capitation qui paraît plus adaptée à la prise en charge d'une population que d'une prise en charge pour un soin spécifique.

- La "convergence" dont il y aurait tant à dire...
- Surtout il semble que l'Etat n'ait pas encore pris la mesure du formidable outil dont il s'est doté avec le couple PMSI/T2A. La réforme de la DGOS en est un des signes. Elle ne s'est pas restructurée par ligne de produits. La Mission T2A a été dissoute, ce qui peut se comprendre, mais ses fonctions ont été données à l'ATIH²⁸. Comme nous l'avions souligné alors "*il faudra bien que l'Etat ait les moyens de piloter son outil, de s'en servir, tout simplement. Ce temps n'est pas encore arrivé. On a l'ATIH qui, par fonction, ramène le PMSI à une mécanique, et encore, réduite à une approche par les coûts, certes nécessaire, mais qui paralyse un Etat qui devrait, à la Santé comme partout ailleurs, avoir une approche par les prix. Les coûts ne sont pas un pilote. La plus belle des mécaniques ne peut rien sans pilote. C'est vrai des belles voitures. C'est vrai de la T2A, de chaque GHM/GHS. On a la mécanique. On a aussi la route avec l'ONDAM. On n'a pas de pilote ni de feuille de route.*"²⁹ Hélas cela reste d'actualité³⁰.

L'apport du privé

Près de 25 ans pour mener à bien ce dossier fondamental. Cela vaut aussi la peine de s'interroger sur le rôle du secteur privé.

Le secteur privé n'a pas démerité, bien au contraire. Au total il a su apporter sa contribution à ce long chantier, plus que le secteur public.

Au début des années 90 il "sauve" le PMSI en montrant qu'il était possible de le nourrir, que sa prise en charge fait partie de l'acte médical, que le contrôle de la qualité de la codification est nécessaire et bénéfique.

Il officialise par l'accord de 1991 le fait que le PMSI se justifie comme outil de tarification.

Pour se défendre des accusations malveillantes qui proclament alors que les cliniques opèrent mal les patients qui doivent ensuite se faire "réparer" dans les hôpitaux publics il impose le "chaînage" qui deviendra un formidable et indispensable outil d'évaluation et de santé publique.

Avec l'ADIMEHP il a aidé à convaincre qu'il fallait un organisme national de gestion et de publication des données d'activité, même s'il n'a pas réussi à en faire un organisme interprofessionnel. Il a convaincu le directeur de la CNAM Gérard Rameix et la directrice des hôpitaux, Claire Bazy-Malaurie³¹, de demander conjointement la mise au point d'une "échelle commune de référence". Projet torpillé par l'administration qui n'en voulait pas, mais outil qui manque encore cruellement aujourd'hui.

Plus tard on reconnaîtra que le passage à la T2A a sauvé l'activité MCO des établissements publics qui était en perte de vitesse car elle a remis les hôpitaux au travail.

Tout cela est important et montre que le secteur privé peut être un acteur déterminant dans la réforme et l'orientation du système hospitalier tout entier... pourvu qu'il le veuille et qu'il s'en donne, même modestement, les moyens.

Sous la responsabilité de Martine Aoustin et avec la dissolution de la Mission qu'elle dirigeait, un chantier s'est clos³² car la réforme est en place.

Il est des actions qui, à elles seules, justifient toute une vie d'engagement professionnel. Cette Légion d'Honneur le souligne.

Il faut bien sûr un peu de chance et c'est toujours un honneur et une grande responsabilité de porter un dossier, un combat important et utile, à son aboutissement. Il n'empêche. Devant l'histoire, celui ou celle à qui incombe cette responsabilité et qui sait l'assumer, malgré toutes les difficultés rencontrées, laisse l'empreinte de son nom. Il est logique, souhaitable, juste que cela soit reconnu. Cela a été fait pour Martine Aoustin. C'est juste. C'est bien.

Modestement, cela valait donc de s'y arrêter ici, cette semaine. Cela vaut aussi encouragement pour prendre en charge de façon proactive les suites du chantier...

- 1 Tarification à l'activité
- 2 Programme de médicalisation des systèmes d'information
- 3 Le Professeur Robert Fetter (Université Yale, États-Unis) a été le premier à construire des DRG (diagnosis related groups) à partir de regroupements statistiques de séjours de définitions médicales et de coûts comparables.
- 4 Dotation globale de fonctionnement (DG) annuelle, reconduite chaque année depuis la loi du 19 janvier 1983
- 5 Frais de salle d'opération
- 6 Caisse nationale d'assurance maladie
- 7 Il y a eu ensuite l'expérimentation menée dans la région Languedoc-Roussillon à partir de 1994, avec tous les établissements publics et privés (48 établissements publics et privés PSPH et 55 cliniques privées).
Début 1997, le PMSI est étendu à tous les établissements d'hospitalisation privée. Il reste purement "descriptif".
- 8 On notera la parution cette semaine de l'important Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé. Cf. mail UNHPC 11/351 du 30 septembre 2011. Le sujet n'est plus seulement l'obtention d'une base de données homogène et de qualité. Il est surtout devenu celui de la sanction due aux versements "d'indus".
- 9 Gilles Johanet a été Directeur de la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) de 1989 à 1993 et de juillet 1998 à février 2002. Depuis février 2011, il est Président du Comité économique des produits de santé (CEPS)
- 10 Responsable de la Mission PMSI à la Direction des Hôpitaux au début des années 90
- 11 Union hospitalière privée (devenue FHP - Fédération de l'hospitalisation privée -, avec la FIEHP - Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée - en 2001)
- 12 Confédération des syndicats médicaux français
- 13 Article L. 6113-7 du code de la santé publique, modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 4
Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité.
Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.
Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du Conseil national de l'ordre des médecins.
Les praticiens transmettent les données mentionnées au troisième alinéa dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement.
[...]
Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le directeur d'un établissement public de santé ou l'organe délibérant d'un établissement de santé privé s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, les conditions de cette désignation et les modes d'organisation de la fonction d'information médicale sont fixés par décret.
Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu des troisième et quatrième alinéas, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi de finances rectificative pour 1961 (n° 61-825 du 29 juillet 1961).
- 14 Responsable du département de l'information médicale
- 15 Commission médicale d'établissement dans les établissements publics ; Conférence médicale d'établissement pour les établissements privés
- 16 Il faut rappeler ici que jusqu'à la fin des années 1980, il y avait des débats "sérieux" sur la question de savoir si les infirmières pouvaient connaître le diagnostic du patient ! Il a fallu attendre les années 1990 pour qu'un Président du Conseil National de l'Ordre des médecins (Bernard Glorion, Président 1993 à 2001), qui a légitimité pour définir le "secret médical", le définisse non plus négativement mais positivement : "*est secret médical tout ce qui ne concourt pas à la qualité et à la sécurité de la prise en charge du patient*"...
- 17 Joëlle Dubois-Lefrère, Elias Coca - *Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalière : le PMSI* - Berger-Levrault - Juin 1992 - ISBN 2-7013-1032-6
Joëlle Dubois-Lefrère et Elias Coca étaient à l'époque à la "Mission PMSI" de la Direction des Hôpitaux, avec André Loth.
- 18 Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé
- 19 Centre de traitement de l'information du PMSI
- 20 Information médicale aide à la gestion des établissements (antenne de l'ENSP - École nationale de la santé publique)
- 21 Avec le Pr François Kohler
- 22 Association latine pour l'analyse des systèmes de santé
- 23 Ce "club", très actif, réunissait tous les mois les représentants des cliniques expérimentatrices, avec, très souvent des acteurs du Comité National.
- 24 Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée (cf. note sur l'UHP ci-dessus)
- 25 Association pour le développement de l'information médicale et économique de l'hospitalisation privée
- 26 Directeur de la CNAMTS de 1993 à 1997
- 27 La "liste 4" était une liste de "petits" actes et de prestations qui n'étaient pas payés aux cliniques. Cette liste leur avait été imposée par Gilles Johanet. Par contre ces actes donnaient lieu à GHM et GHS. Ils étaient donc bien payés aux hôpitaux. Supprimer ces rémunérations pouvait mettre en difficulté des hôpitaux à faible activité qui pratiquaient surtout ces petits actes. Certaines cliniques moins scrupuleuses que d'autres se sont donc mises à facturer les GHS concernés. Cela leur procura un temps de grosses recettes. Afin de "réguler" ces pratiques, mais pas trop vite, plusieurs circulaires essayèrent de définir la notion "d'actes frontières". Les dépenses constatées furent mises sur le dos d'une "*inflation naturelle due à la mise en place de la T2A*"...
- 28 Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, fondée par décret le 26/12/2000
- 29 Chronique UNHPC 09/41 - "*T2A : 27 ans après, il faut encore apprendre à l'Etat que lorsqu'on a un bel outil il faut savoir s'en saisir et s'en servir*" - lundi 12 octobre 2009
- 30 La courte conclusion du livre cité plus haut de Joëlle Dubois-Lefrère et Elias Coca (1992) comporte une phrase qui commence ainsi : "*le risque demeure cependant de passer d'une volonté sans outil à un outil sans volonté*..." Il y a près de 20 ans !
- 31 Directrice des hôpitaux de 1995 à 1998
- 32 On peut ici émettre un souhait : celui que Martine Aoustin, le cas échéant aidée par tel ou tel acteur de ce dossier, nous fasse un jour son historique. Le côté souvenir d'ancien combattant n'aurait bien sûr qu'un intérêt limité. Mais l'histoire très longue de cette réforme nécessaire et par certains côtés "évidente" comme support de réflexion sur les voies et moyens de la réforme de l'Etat le serait beaucoup plus. Une autre focale serait elle aussi passionnante : que nous dit ce dossier de la capacité d'adaptation du système sanitaire du point de vue de la sauvegarde de ses principes fondateurs d'accessibilité et de solidarité à une médecine de qualité ?

La campagne électorale est de faible niveau sur les problèmes du système de santé, mais les centres d'intérêts sont pourtant nombreux

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/40

Date de parution : lundi 10 octobre 2011

Sujet : **Quelques centres d'intérêt de la semaine**

Mots types : Primaires - V. Izraël - Dépassements - Liens et conflits d'intérêt - FHP - Restructuration - Maternités - Achats - Cumul d'activité - Emprunts à risque - Productivité - Disparités - USA - Sécurité des soins - Panier de soins

Année 2011 - p. 147/210

Cette semaine a été marquée, entre autres, par la diversité des centres d'intérêt. A titre d'illustration, nous en retiendrons ici quelques exemples.

Les débats organisés autour de la "**Primaire citoyenne**" se sont intéressés, sur la fin, aux questions de santé. Il y a longtemps que l'on sait que la majorité du Parti Socialiste n'est plus "progressiste". On le constate une fois de plus sur les questions des dépassements d'honoraires qu'on vitupère mais qu'on se contente de "limiter". On le constate sur l'option du "tout hôpital" qui traduit une option de défense de la "fonction publique" et non du "service public". On le constate avec les imprécations sur la financiarisation des cliniques privées et l'absence de proposition pour une consolidation des entrepreneurs et du capital "métier". Mais l'expérience montre que l'exercice du pouvoir amène souvent les socialistes à une éthique de la responsabilité de niveau supérieur à celle qu'ils choisissent en période électorale. A suivre, donc, avec "intérêt"...

Les médias se sont beaucoup intéressés à la candidature de notre collègue **Victor Izraël** qui s'invite dans la course aux Présidentielles. On connaît ses prises de positions sérieuses et responsables, imperturbablement répétées au long de ces dernières années, en particulier lors des Conseils d'Administration de l'INCa, sur la question de la démographie médicale des oncologues médicaux et sur la nécessaire organisation de cette profession restée en déshérence malgré les Plans Cancer successifs. Lorsqu'il prépare ses interventions au plus haut de la hiérarchie d'Etat, il n'omet jamais de prendre l'avis du secteur privé libéral. On ne peut donc ici que se féliciter de l'intérêt de la grande presse pour son initiative courageuse.

Comme beaucoup, Le Monde s'intéressait cette semaine aux **dépassements d'honoraires** et y consacrait un dossier entier avec cartographie à la clef. "*La question des dépassements d'honoraires des médecins, qui explosent depuis plusieurs années, est en train de tourner au casse-tête pour le gouvernement*" affirme-t-il. Sans doute. En

fin ! est-on tenté de dire... Si c'est le cas, c'est heureux. Il faut en sortir car, en attendant, la casse, c'est la médecine libérale qui la subit et en contre coup le système hospitalier tout entier. Il est en effet temps d'arrêter la casse !

Comme l'Assemblée Nationale, le CNOM¹ s'intéressait cette semaine aux **liens d'intérêt**. Il avait convié d'importantes personnalités à discuter de ses propositions en les rassemblant autour du thème "*Conflits d'intérêts en France : comment restaurer la confiance des patients-citoyens envers notre système de santé ?*"². On retiendra surtout l'accord du Président Lajoux sur les propositions du CNOM : guichet unique, concours financier des industriels au fonctionnement de ce guichet unique, publicité des liens, opposabilité des avis du CNOM.

L'Ordre voudrait que les pouvoirs publics s'intéressent un peu plus qu'ils ne le font au dispositif instauré par la loi de 1993 et le renforcent. Ses propositions visent à plus d'efficacité mais aussi à répondre à l'objection faite par le député Yves Bur qui soulignait "*un vrai problème de crédibilité de l'Ordre*".

Une question n'a pas trouvé de solution : qui va vérifier la véracité des déclarations ? Les débats ont été limités aux seuls liens ou conflits d'intérêts avec l'industrie. Aucun autre type de conflit d'intérêt n'a été évoqué. On peut regretter ce manque "d'intérêt" pour d'autres conflits d'intérêts pourtant décisifs dans notre système de santé. Mais ils éveilleront eux aussi l'intérêt d'ici quelque temps, n'en doutons pas.

De ces débats, on retiendra aussi deux prises de positions.

Celle d'Irène Frachon qui situait ses interventions "*dans l'ordre du témoignage*" et qui refusait la distinction admise par tous les autres intervenants entre lien d'intérêt et conflit d'intérêt. Pour elle, "*tout lien d'intérêt constitue un conflit aussi tenu soit-il*". "*Cela commence avec une poignée de main*" affirma-t-elle. Elle précisa aussi que c'est grâce au financement par l'industrie de son réseau qui n'obtenait pas de financement public qu'elle a pu examiner, à Brest, dans son service, une patiente en provenance de Saint Brieu. C'est cette patiente, atteinte d'hypertension artérielle pulmonaire qui l'a définitivement



mise sur la piste du Mediator...

On retiendra enfin l'intéressante introduction de Dominique Maraninchi. L'Ordre avait demandé à chacun des participants de préciser ses liens d'intérêt en introduction de leur première intervention. Celle du Président Maraninchi fut la plus brève. Il déclara avoir seulement un *"lien d'intérêt avec l'Etat"*.

La **FHP**³ et ses composantes, pour différentes raisons, voudraient enclencher une grande réflexion sur ses orientations stratégiques. Nous l'avons déjà évoqué. Le départ annoncé de son Délégué Général, Philippe Burnel, poussait ses instances à s'intéresser aussi au profil du poste. Vraies questions, vrais sujets, vraie urgence...

La DGOS s'intéresse à la capacité des hôpitaux à produire des **factures**. Il faut pour cela expérimenter et subventionner. Le Journal Officiel a publié samedi le décret définissant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation du projet de facturation individuelle (FIDES⁴) dans les établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif (ESPIC)⁵. Ce projet vise à déployer un dispositif de facturation directe pour chaque épisode de soins, à la fois les consultations et actes externes et les séjours, et à passer d'une facturation mensuelle à une facturation au fil de l'eau. *"L'expérimentation prévue par la loi de financement de la sécurité sociale permet aux établissements de santé d'adresser directement à l'assurance maladie, pour chaque épisode de soins, une facture destinée au remboursement des frais de soins prodigués à un assuré social, pour la part de ces frais prise en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire."* On sait parler dans l'administration ! Mais ne dites surtout pas à votre crémier ou à votre garagiste que les Hôpitaux ne savent pas faire de facture pour chacune de leur prestation, qu'il leur faut encore beaucoup de temps pour l'apprendre, qu'il leur faudra "expérimenter" et qu'on va les aider pour cela... ils ne vous croiraient pas. Cela vaut sans doute mieux d'ailleurs... Sauf que c'est avec leurs cotisations qu'on finance tout ça et donc qu'il faudrait trouver le moyen adéquat pour qu'ils s'y intéressent un peu eux aussi ! Depuis le temps que ça dure !

La DREES⁶ s'intéresse aux **maternités** et publie les résultats de l'enquête nationale périnatale réalisée en mars 2010⁷. Contrairement à ce qui est souvent affirmé et, plus souvent encore, craint, on y apprend entre autres que les restructurations ne se sont pas traduites par un allongement des temps d'accès aux maternités. *"Le temps d'accès moyen pour venir accoucher est estimé par les femmes à 19 minutes et la moitié des femmes déclarent moins de 15 minutes de temps de transport pour venir accoucher. 10 % des femmes indiquent un temps d'accès supérieur à 30 minutes, sans changement depuis 2003."*

En économie administrée c'est le Ministère qui s'intéresse au fonctionnement de l'entreprise et qui en orga-

nise l'intérieur dans le détail, y compris sur les sujets importants. C'est ainsi que la DGOS a officiellement lancé le programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables) aux Hospices civils de Lyon début octobre. Ce programme "ambitieux" (lorsque l'administration s'intéresse à quelque chose, c'est toujours "innovant" et "ambitieux"...) devrait permettre, entre autres, de réaliser 900 millions d'euros d'économie en trois ans sur le poste « **achats hospitaliers** », qui représentent 18 milliards d'euros de dépense annuelle. Pour animer le programme PHARE, un comité national, composé de représentants de l'ensemble des ARS, se réunira tous les mois. Premiers chantiers en vue : tester une fonction achat régionale en PACA, mettre en place un responsable achats dans chaque hôpital, former les personnels à l'achat et standardiser les procédures via des méthodes communes de calcul des gains d'achat.

L'IGAS⁸ s'intéresse au **cumul d'activités** dans la fonction publique hospitalière⁹. En France, bien sûr ! Selon des données recueillies par l'INSEE¹⁰ auprès de 360.000 agents des professions soignantes en 2008, 6,8 % d'entre eux cumulent, en plus de leur emploi à l'hôpital, une activité rémunérée annexe. 5,3 % d'entre eux sont en situation irrégulière de cumul, parce qu'ils exercent *"un emploi annexe en tant que salarié à temps partiel ou à temps plein, ou ont été salariés d'entreprises de travail temporaire"*. 2 % d'entre eux cumulent un grand nombre d'heures, voire deux temps plein, et sont, du fait de la surcharge de travail engendrée, potentiellement dangereux pour leurs patients. Les infirmiers anesthésistes réanimateurs sont les plus nombreux à cumuler : ils sont 19 % multi-actifs. A 80 %, ces salariés multi-actifs se retrouvent dans des établissements comptant plus de 1.000 salariés, et sont surtout concentrés dans trois régions : Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Rhône-Alpes.

La DGOS s'intéresse aux **inadéquations hospitalières**. Elles représentent 10,3 % des lits occupés, soit 2 milliards de coût financier. La DGOS préconise, pour y remédier, de *"poursuivre la fluidification des filières de prise en charge d'aval : développement des coopérations entre structures, organisation des parcours territoriaux..."* Il appartient désormais aux ARS de s'intéresser à ces enjeux pour les intégrer dans leurs schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Pourtant *"les résultats de l'étude ne confirment pas la nécessité de développer les capacités d'hébergement à temps complet dans les structures d'aval"* précisait Gaël Raimbault dans le tout récent Rapport d'activité 2010 de la DGOS¹¹.

Les **emprunts à hauts risques** intéressaient cette semaine la Commission d'enquête parlementaire éponyme. Elle organisait une table ronde sur le sujet, en pleine affaire Dexia. *"Quelle porte de sortie ?"* se demandaient les organisateurs en ciblant la réflexion sur le secteur hospitalier public. La question intéresse au plus haut point les hôpitaux pris à la gorge pour avoir suc-

combé à la tentation des emprunts toxiques. On découvre aussi que ce type de pari financier fait grimper en flèche la dette publique. S'agit-il d'une forme "*d'inadéquation hospitalière*" ?

Les deux derniers numéros de la revue américaine HealthAffairs s'intéressent à des sujets importants chez nous aussi. Il y a beaucoup d'idées à prendre.

- Le numéro de septembre¹² titre sur "*la nouvelle urgence qu'il y a à réduire les coûts*" et l'éditorial insiste sur "*l'urgence de mesures nouvelles sur ce vieux problème*". Le sujet est traité sur une vingtaine d'articles.
- Le numéro d'octobre¹³ a pour titre "*un agenda pour la lutte contre les disparités*" et l'éditorial pour titre "*la Nation en danger à cause des augmentations de disparités en matière de santé*". Le sujet est traité sur une trentaine d'articles.

L'IOM¹⁴ s'intéresse à la **sécurité des soins** et propose à d'importantes personnalités¹⁵ de débattre sur les défis d'avenir en la matière. Quelle évolution depuis la parution il y a 11 ans de "*L'erreur est humaine*"¹⁶ ? La liberté

de langage et de pensée des Anglo-Saxons est au rendez-vous. Il est heureux que l'IOM ait pensé à publier les actes de cette rencontre¹⁷.

Les Etats-Unis, encore eux, s'intéressent au **panier de soins**. La réforme Obama prévoit en effet d'en définir un. L'IOM publie cette semaine un intéressant rapport sur la question de savoir comment, selon quelle méthode, définir un panier de soins. Le débat n'est plus au-devant de l'actualité en France, mais il reviendra, c'est sûr. A ce moment-là, à moins que nous ayons fait en France cet effort méthodologique préalable, il faudra se souvenir de cette publication importante sur les voies et moyens d'arbitrer entre couverture et coût pour définir le panier de soins minimum garanti aux citoyens : "*Essential Health Benefits: Balancing Coverage and Costs*"¹⁸.

Bref, les centres d'intérêt concernant notre avenir professionnel sont nombreux, cette courte liste le confirme pour ceux qui pourraient en douter. Ils ont dit "intéressant" ? Nous disons "passionnant" et, souvent... "déterminant".

- ¹ Conseil national de l'ordre des médecins
- ² Lors de cette sixième édition des débats du CNOM, autour du Docteur Michel Legmann, Président de l'Ordre des Médecins, ont notamment participé en qualité d'intervenants : le Pr. Dominique Maraninchi, Directeur Général de l'Afssaps, le Pr. Jean Luc Harousseau, Président de la Haute Autorité de Santé, M. Jean- Pierre Door, Député du Loiret - Secrétaire de la Commission des affaires sociales - Rapporteur de la mission de l'Assemblée nationale sur le Médiateur et la pharmacovigilance, M. Yves Bur, Député du Bas-Rhin - Président-rapporteur de la mission d'information sur les agences sanitaires, M. Christian Lajoux, Président du LEEM (Les entreprises du médicament), le Pr. Nicolas Danchin, Chef de service à l'Hôpital Georges Pompidou et ancien président de la Société française de cardiologie; le Dr. Irène Frachon, Médecin pneumologue au CHU de Brest - Auteur de « *Médiateur 150 mg : Combien de morts ?* »
Cf. : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/conflits-d%E2%80%99interets-pour-restaurer-la-confiance-l%E2%80%99ordre-preconise-des-mesures-reglementaires-et-legi-1114>
- ³ Fédération de l'hospitalisation privée
- ⁴ Facturation individuelle des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif
- ⁵ Cf. mail UNHPC 11/535 du 3/10/2011
- ⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de la santé
- ⁷ Etudes et résultats N° 776 • octobre 2011 - Les maternités en 2010 Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale
Téléchargeable sur : <http://www.sante.gouv.fr/no-776-les-maternites-en-2010.html>
- ⁸ Inspection générale des affaires sociales - Ministère de la santé
- ⁹ Par une lettre du 9 novembre 2010, la ministre de la santé et des sports a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales de dresser un état des lieux de la situation de cumul d'emplois dans la fonction publique hospitalière - en particulier pour les personnels exerçant des métiers de soignants - et de proposer toute recommandation de nature à améliorer le dispositif actuel.
Charles de Batz de Trenquellion, Pierre Lesteven, Inspection générale des affaires sociales - *Cumul d'activités dans la fonction publique hospitalière* - Documentation Française 2011 - 116 p.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000573/index.shtml>
- ¹⁰ Institut national de la statistique et des études économiques
- ¹¹ Cf. p. 64 du Rapport diffusé par mail UNHPC 11/438 du 23 août 2011 ou www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/RA_DGOS_2010-3.pdf
- ¹² HealthAffairs - *The New Urgency To Lower Costs* - September 2011; Volume 30, Issue 9
<http://content.healthaffairs.org/content/30/9.toc>
- ¹³ HealthAffairs - *Agenda For Fighting Disparities* - October 2011; Volume 30, Issue 10
Health Affairs Explores Factors Driving Health and Health Care Disparities and Measures That Can Help To Close The Gaps
<http://content.healthaffairs.org/content/current>
- ¹⁴ Institute of medicine of the national academies (USA)
- ¹⁵ Keynote presentation: The Honorable Kathleen G. Sebelius Secretary, U.S. Department of Health and Human Services
Discussion:
Donald M. Berwick Administrator, Centers for Medicare and Medicaid Services
Carolyn M. Clancy Director, Agency for Healthcare Research and Quality
Brent C. James Chief Quality Officer, Intermountain Healthcare
Paul H. O'Neill Former Secretary, U.S. Department of the Treasury
- ¹⁶ *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (2.000), premier rapport de l'importante série appelée "*Quality Chasm Series: Health Care Quality Reports from the Institute of Medicine*"
Tous disponibles sur http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12610
- ¹⁷ Institute of Medicine - *The Richard and Hinda Rosenthal Lecture 2011: New Frontiers in Patient Safety* - 46 pages - Paru cette semaine.
Disponible sur : http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13217
- ¹⁸ Cheryl Ulmer, John Ball, Elizabeth McGlynn, and Shadia Bel Hamdounia, Editors ; Committee on Defining and Revising an Essential Health Benefits Package for Qualified Health Plans - *Essential Health Benefits: Balancing Coverage and Costs* - Institute of Medicine - 2011
Le livre est téléchargeable auprès de The National Academies Press sur http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13234

**En anatomie et cytologie
pathologiques,
il faut appliquer
le Plan Cancer,
enfin !**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/41

Date de parution : lundi 17 octobre 2011

Sujet : **Urgence en anapath**

Mots types : Octobre Rose - B. Couderc - INCa - M. Guiu - SMPF - Anatomie et cytologie pathologiques - ACP - J. P. Grünfeld - Second avis - Double lecture systématique - Cancers rares - Lymphomes

Année 2011 - p. 151/210

Les choses changeraient-elles enfin en ce qui concerne la prise en considération de la cancérologie libérale et hospitalière privée par nos Tutelles ?

Peut-être que oui... A l'occasion d'**Octobre Rose**, le Président de la République, M. **Nicolas Sarkozy**, a réuni lundi quatre de ses Ministres, quelques représentants des patients dont la Présidente d'Europa Donna et quelques cancérologues¹. Parmi ces derniers, le Président de l'UNHPC, le Dr **Bernard Couderc**. Il s'agit bien d'une première, d'autant plus remarquable qu'il y avait très peu de monde invité à cette "rencontre". On peut espérer que les choses vont bouger et que les Tutelles sauront maintenant, comme le Président de la République lundi dernier, faire leur juste place à notre secteur.

Peut-être que non... Les troisièmes Rencontres annuelles de l'INCa intitulées : « **Plan cancer : vers des approches de plus en plus individualisées** » se dérouleront mercredi 19 octobre 2011 à la Maison de la Chimie à Paris². Selon la vieille et longue habitude notre secteur est complètement oublié. A tort, le découragement nous gagne et il nous est apparu inutile de le relever une fois de plus.

Les pathologistes eux aussi sont complètement absents, alors même que les sujets retenus devraient faire une place centrale à l'anatomie et cytologie pathologiques. Ils ont réagi, eux, et ils ont bien raison. Le Dr Michel Guiu, Président du Syndicat des médecins pathologistes français (SMPF - secteur hospitalier et libéral) a adressé une lettre aux journalistes de la presse spécialisée qui apparaissent sur le programme comme "animateurs" pour leur rappeler le rôle central de cette spécialité en matière de "médecine personnalisée"³. C'est bien.

L'actualité de cette semaine était particulièrement chargée. Pourtant, il nous semble nécessaire de nous arrêter longuement sur l'ACP⁴, justement.

Une fois de plus les pathologistes de tous statuts ont de grands soucis. On connaît l'action déstabilisante, parfois autoritaire, sans concertation voir conflictuelle, de l'INCa à leur encontre et plus particulièrement encore concernant l'anatomopathologie libérale⁵. Ce qui est remarquable, soulignons-le une fois de plus ici, c'est la solidarité que montre toute l'interprofession face à cette adversité.

Que se passe-t-il aujourd'hui qui crée tant d'émoi chez les pathologistes ? La parution d'un rapport de l'INCa faisant l'évaluation de la "double lecture systématique". Il faut donc revenir sur le contexte et se pencher sur ce rapport.

"Soutenir la spécialité d'anatomopathologie"

Les deux premiers Plans Cancer ne connaissaient pas l'ACP. Grâce aux alertes du Pr Jean-Pierre Grünfeld, le Plan Cancer 2009-2013 lui consacre une recommandation importante⁶. Il faut "soutenir la spécialité d'anatomopathologie" car elle est "incontournable pour la qualité des soins, la recherche et l'observation des cancers". Au lieu de quoi l'INCa n'a de cesse de vouloir contrôler, capter les informations, organiser des filières, favoriser la guerre entre les statuts en renforçant par ses financements propres des écarts de rémunération aussi croissants qu'exorbitants.

Au fil des années, extraordinaire et réconfortante est la réaction de l'interprofession des pathologistes qui arrive à maintenir son unité sur une conception de la médecine et de ses responsabilités au-delà de ses intérêts corporatistes exacerbés par les Tutelles.

"Second avis" ou "double lecture systématique" ?

Nous en avons une illustration supplémentaire cette semaine avec la réaction unanime de la profession au rapport que vient de diffuser l'INCa sous le titre "**Synthèse de l'activité 2010 de double lecture des cancers rares⁷ de l'adulte et des lymphomes⁸**". Cette première réponse à l'INCa a du poids car elle émane du Conseil National des Pathologistes⁹. Elle prend la forme d'une lettre signée du Pr Frédérique Capron et qui est adressée au nom du Conseil au Pr Agnès Buzyn, Présidente de l'INCa, avec copie à Mme Annie Podeur, Directrice Générale de la DGOS, à Mme Marie Ange Desailly-Chanson, Conseillère médicale auprès de la Directrice Générale, au Dr Jean-Yves Grall, Directeur Général de la Santé et à l'APM qui avait repris les conclusions du rapport dans une de ses dépêches¹⁰.

Les choses y sont pudiquement dites : "**L'objectif de la mesure 20 du Plan Cancer 2009-2013 est de « soutenir la spécialité d'anatomie pathologique » ; dans ce cadre, il est urgent de préciser la place respective de la demande de deuxième avis en cas de difficulté diagnostique**



et de la double lecture telle que mise en place par l'INCa, expérience dont la poursuite mérite d'être discutée. Le risque de la double lecture systématique est la déresponsabilisation et la perte de compétence des pathologistes."

Le débat est de première importance, mais il est compliqué. Il est donc sans doute nécessaire de le réexpliquer.

Depuis des années, les pathologistes poussent au "second avis" pour les "cas difficiles" et donc, forcément, beaucoup de "cancers rares". Tout d'abord, ils sont seuls et personne ne les aide. Puis, ils obtiennent enfin un soutien de la HAS¹¹. Comme le dit alors le communiqué du SMPF¹² : "Après vingt ans d'attente, la HAS vient enfin de reconnaître l'intérêt de la consultation de « second avis » en anatomie et cytologie pathologiques pour des tumeurs rares ou de diagnostic difficile." En effet la HAS se prononce pour le "Second avis en anatomie et cytologie pathologiques pour les "lésions de diagnostic anatomocytologique difficile" : "L'ASA¹³ de cet acte est estimée importante (II) dans les indications précisées dans le rapport par rapport à l'absence de consultation de second avis du fait de :

- la gravité des pathologies concernées ;
- l'impact direct sur la stratégie thérapeutique."¹⁴

Mais, après s'être réjoui, le communiqué du SMPF s'inquiétait doublement :

- "Six mois à un an seront encore nécessaires pour que cet acte soit inscrit à la CCAM-ACP". Hélas, aujourd'hui, deux ans après et malgré le Plan Cancer, toujours rien¹⁵...
- "Parallèlement, c'est en quelques semaines que l'INCa tente d'imposer la "double lecture" en ACP sans la moindre concertation avec les organisations professionnelles et sans l'avis de la HAS. Limitée d'abord à quelques tumeurs rares, celle-ci correspond en réalité à une relecture obligatoire réalisée en secteur hospitalier CHU/CLCC et risque, ultérieurement, de s'étendre à des pathologies plus fréquentes."¹⁶

Voilà la difficulté. Comment faire comprendre simplement la distinction entre "second avis" et "double lecture systématique" ? Beaucoup sont tentés de voir ici un faux débat qui cache au mieux une question de gros sous, au pire une défense corporatiste et de mauvaises pratiques. Car enfin, comment peut-on s'opposer à un deuxième avis ou à une relecture par un expert lorsque c'est très compliqué ?...

Justement, non seulement les pathologistes ne sont pas contre, mais ils le demandent en vain depuis 20 ans !... Mais même l'INCa le reconnaît dans son rapport de la semaine dernière, "la double lecture a soulevé de nombreuses interrogations quant à son intérêt par rapport au second avis"¹⁷. Et l'INCa précise immédiatement : "dans ce cas, le pathologiste sollicite l'avis d'un pathologiste expert avant de poser son diagnostic". Il avait rappelé en introduction "la structuration de centres d'expertise anatomopathologique doit garantir à tout patient atteint de cancer rare une confirmation diagnostique via une double lecture"¹⁸.

Dans un cas on qualifie et on responsabilise le pathologiste, dans l'autre on centralise et on aspire sous prétexte de "structuration".

Pourquoi la double lecture systématique déresponsabilise et déqualifie-t-elle ? La réponse vient d'une question de bon sens : "pourquoi me mouiller et risquer d'être contredit ? : laissons l'expert décider à ma place, en plus j'aurai moins d'ennuis en cas d'erreur...".

Il y a une grande différence entre celui qui demande "Qu'est-ce que c'est ?" et celui qui demande "Je pense que c'est un lymphome "t", mais je voudrais votre avis".

Sans compter que la désignation de certains "experts" par l'INCa a été contestée car elle ne faisait pas l'objet d'une reconnaissance par les pairs d'une véritable expertise. Le soupçon d'organisation structurante de "filiales" plutôt que d'expertise s'était aussi exprimé. En la matière, l'expertise est rare et donc d'autant mieux connue. D'ailleurs, le rapport de l'INCa constate aujourd'hui que "ce bilan d'activité met en évidence une hétérogénéité importante du niveau d'activité des centres experts régionaux."¹⁹ Certes ! : "en 2010, sur l'ensemble des 95 centres experts constituant les quatre réseaux, 38 centres experts réalisent moins de 50 doubles lectures annuelles, parmi lesquels 14 sites se situent en deçà de 20 doubles lectures, 6 n'ayant enregistré aucune activité d'expertise. Il est à noter que l'examen d'au moins 200 cas de lymphomes par an était un critère exigé par le réseau pour qu'une structure soit désignée comme centre expert régional. En 2010, bien que l'activité d'expertise ne soit recensée que sur 9 mois, 20 sites sur les 33 se situeraient en dessous de ce seuil"²⁰. Mais, face à ce qui ressemble à un désastre, l'INCa conclut néanmoins : "Il serait donc souhaitable d'optimiser la répartition de l'activité entre les centres experts régionaux en encourageant par exemple les pathologistes à adresser les cas au centre expert de leur région." Alors, sommes-nous encore dans "l'expertise" ? Ne serions-nous pas plutôt, une fois encore, dans l'organisation de filiales, d'organisations hiérarchiques organisées en tuyaux d'orgue ? Les pathologistes sérieux devront-ils alors demander, pour protéger leurs patients, un "avis après relecture" ? A moins que, découragés, ils ne s'en lavent les mains...

Quant à considérer, comme l'INCa dans sa conclusion, que la double lecture systématique peut s'assimiler à de la formation continue, il est permis d'en douter.

On le voit, le débat est un vrai débat. Il en va de la qualité des soins, de la qualification et de l'avenir d'une profession réputée "irremplaçable"²¹ ou, selon la mesure 20 du Plan Cancer déjà citée, "incontournable pour la qualité des soins, la recherche et l'observation des cancers" et pourtant déjà en sous-effectif.

Voilà encore une autre conséquence. Un jeune doué et prometteur s'investira-t-il dans une profession qui le déresponsabilise au profit d'experts dont il risque, à l'avenir, de dépendre pour tout acte qualifié ? Là où le second avis le responsabilise et le forme²², la seconde lecture systématique le déresponsabilise et le déqualifie.²³

Première évaluation de la "double lecture systématique"

C'est dans ce contexte que paraît le rapport d'évaluation de l'INCa.

Ce rapport souffre de défauts méthodologiques. Le danger vient alors d'une communication de chiffres alarmants car issus d'un amalgame entre tous les cas envoyés en "seconde lecture" alors qu'ils sont de nature différente. Les pathologistes craignent donc que la grande presse ou le lecteur non averti comprennent qu'il y a erreur dans un cas sur deux²⁴.

La question de l'évaluation et de la connaissance des erreurs médicales est une vraie question. Celle de la communication sur l'erreur l'est aussi. Le sujet sera fort heureusement pris en charge lors du prochain "Carrefour Pathologie 2011" en novembre prochain²⁵.

Mais revenons au rapport et citons la lettre du Conseil national : *"Le CNPath (Conseil National des Pathologistes) relève dans les conclusions et surtout dans le résumé, repris par l'APM International, un amalgame concernant les taux de discordance diagnostique. Cela conduit à majorer artificiellement les erreurs et à laisser penser que, pour pratiquement 1 tumeur sur 4, il y a une erreur diagnostique qui est redressée par un expert. Il constate également que ce document prend peu en compte la pratique des demandes d'avis réalisée de tous temps par la profession en cas de diagnostic difficile et ne rend pas compte du taux de discordance parmi les experts.*

Les chiffres de discordance publiés mêlent les « demandes d'avis » sollicitées spontanément par les pathologistes en cas d'hésitation diagnostique et la « double lecture systématique ». Si l'on ne retient que la double lecture systématique des cas adressés pour validation, les chiffres de discordance sont faibles. C'est le cas par exemple des lymphomes non-cutanés avec 4,8 % de diagnostics modifiés (avec ou sans incidence sur la prise en charge des patients). Dans bon nombre de cas, le diagnostic de l'expert a recouru à des techniques moléculaires, illustrant sa difficulté."

Le rapport de l'INCa précise en effet : *"Toutes pathologies confondues, en 2010, la double lecture a entraîné une révision du diagnostic de 1.596 patients sur 7.003 cas expertisés par les quatre réseaux nationaux anatomopathologiques (22,8 %), parmi lesquels 944 patients ont vu leur prise en charge thérapeutique modifiée (13,5 %)"²⁶.*

Que dit la moyenne lorsqu'on précise un peu plus loin que *"le diagnostic a été modifié par la double lecture (avec ou sans incidence sur la prise en charge) dans 4,8 % (58/1.208) des cas adressés pour validation et 29,0 % (376/1.298) des cas transmis pour avis."*²⁷

Pourquoi ne pas dire que le taux d'erreurs entre experts est lui aussi de l'ordre de 5 %, sans compter les différences entre experts de différents pays.

Pourquoi ne jamais mettre en garde sur l'absence de données concernant les faux négatifs à l'effet pourtant désastreux ?...

En 2009, à la suite d'une publication de ce type sur les

récepteurs aux œstrogènes, le Québec avait connu un énorme scandale qui avait, entre autres, suscité une grande inquiétude bien compréhensible auprès des patients et jeté le discrédit sur une profession entière. Pour redresser la situation, le Canada a dû faire de très gros investissements. En France, l'AFAQAP²⁸ en avait profité pour faire une révision des procédures en cours dans une démarche qui se voulait "d'anticipation de crise". Elle avait fait le point sur la mise en œuvre des contrôles qualité externes. Elle en avait informé l'INCa. Aujourd'hui, au vu de ce rapport, faut-il se préparer à une onde de choc de type québécois ?

Rappelons qu'en France il n'y a pas de crédit pour la formation des pathologistes sur ces cancers rares. N'est-ce pas pourtant une priorité qui devrait s'imposer à l'INCa ?

En l'état, la publication de ce rapport par l'INCa est dangereuse pour toute l'anatomopathologie car inadaptée aux buts poursuivis : la qualité, la qualification, l'évaluation, l'accessibilité. L'INCa donne ici l'impression d'une volonté de restructuration en leur défaveur. Plutôt que de partir d'une analyse objective et contradictoire de la réalité pour monter le niveau d'exigence pour tous, l'INCa prend le risque d'être accusé de jouer la déqualification²⁹. Dans ce cadre, qui justifie la position unanime des anatomopathologistes, la situation des libéraux est particulièrement vulnérable.

Il faut en outre rappeler deux éléments complémentaires. Les libéraux assurent les 2/3 des analyses portant sur une suspicion de cancer. Alors que les "publics" demandent et obtiennent souvent des moyens supplémentaires, l'écart de rémunération se creuse en défaveur des libéraux. Il n'y a que l'INCa pour penser que cela peut encourager les jeunes à s'installer en libéral et que cela favorise à terme la "qualité".

Au-delà des contrôles externes, les anatomopathologistes demandent depuis longtemps une consultation de second avis, sa prise en charge, son couplage éventuel à une double signature, son articulation à des formations spécifiques validées pour certaines pathologies rares. Cet ensemble de propositions est cohérent. Y répondre enfin positivement, voilà qui améliorerait la qualité des diagnostics en ACP.

La position de l'INCa, le rôle qu'il se donne, les propositions alternatives et très anciennes des anatomopathologistes valent débat au sein de toutes les organisations en charge de la cancérologie, y compris au sein des organismes d'assurance-maladie et au sein des organisations représentatives des patients. Quand on connaît l'importance de l'ACP pour le diagnostic, le traitement du cancer et son financement, il y a urgence. Tous les professionnels de la cancérologie devraient se sentir concernés et devraient se montrer solidaires. Les établissements, les 3C et les réseaux devraient susciter ou organiser des débats. Les CME, maintenant responsabilisées sur la qualité des soins, aussi.

On peut enfin se poser la question de savoir s'il faut rajouter une surcouche aux multicouches actuelles... Les critères d'agrément sur lesquels repose le dispositif d'autorisation prévoient en effet le passage en réunion de concertation pluridisciplinaire. Quelle meilleure garantie

de second avis pour les cas difficiles ? Les dossiers des patients atteints de sarcomes des os et des parties molles doivent être discutés dans une réunion de concertation pluridisciplinaire régionale ou interrégionale spécifique. Le recours est prévu et organisé. Qu'est-ce qui est le plus efficace : rajouter encore une couche d'obligations institutionnelles au risque de décrédibiliser la RCP avec tout ce qu'elle porte d'auto régulation et de formation ou, au contraire, élever le niveau d'exigence mutuelle lors de ces réunions pluridisciplinaires ? Aux RCP de se saisir de la question posée par et aux anatomopathologistes pour évaluer leurs pratiques et les réajuster si nécessaires. La qualité des soins s'en trouvera certainement plus vite améliorée que par le dessaisissement "systématique" au profit de filières organisées en tuyaux d'orgue.

On comprend l'émoi justifié que suscite ce rapport chez les pathologistes.

Il est grand temps de se mettre autour d'une table pour

donner corps à la recommandation n° 20 : "*soutenir la spécialité d'anatomopathologie*".

Il est urgent que l'INCa entende enfin la HAS et les professionnels concernant l'utilité du "*second avis*" et en tire, avec eux, les conséquences organisationnelles nécessaires.

Il est urgent que l'Assurance-maladie entende enfin la HAS et les professionnels et permette la prise en charge du second avis dans la CCAM.

En ce qui nous concerne, nous soutenons les anatomopathologistes dans leur combat exigeant pour une meilleure qualification et une meilleure organisation de leur profession. Nous avons saisi le Conseil national de cancérologie afin qu'il exprime son soutien aux pathologistes, sur la base de la prise de position du Conseil national des pathologistes y compris dans le cadre de ses missions concernant le développement professionnel continu (DPC).

- ¹ Communiqué de l'Élysée consécutif à la rencontre avec les acteurs de la lutte contre le cancer du sein, à l'occasion d'octobre rose :
"Le président de la République a reçu lundi 10 octobre 2011 des acteurs de la lutte contre le cancer du sein, soignants, patients, associations, à l'occasion d'octobre rose, mois du dépistage organisé contre le cancer du sein, en présence de M. Xavier BERTRAND, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Mme Valérie PECRESSE, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, Mme Nora BERRA, Secrétaire d'État chargée de la santé et Mme Marie-Anne MONTCHAMP Secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale.
A cette occasion, le chef de l'État a rappelé l'importance de ce dépistage organisé pour prévenir et lutter contre le cancer du sein et qui fait partie des actions prioritaires du Plan Cancer 2009-2013.
Parce que le cancer du sein représente aujourd'hui la première cause de décès par cancer chez les femmes avec plus de 11 000 décès par an, la mobilisation pour encourager les femmes entre 50 et 74 ans à pratiquer ce dépistage organisé doit être générale.
Le président de la République a pu saluer l'ensemble des initiatives prises par les acteurs associatifs, les soignants, les services de l'État et de l'Assurance Maladie pour assurer cette mobilisation."
<http://www.elysee.fr/president/les-actualites/communiqués-de-presse/2011/communiqué-consecutif-a-la-rencontre-avec-les.12200.html>
- ² Le programme a été transmis par mail UNHPC 11/541 le 6 octobre 2011
 L'adresse d'inscription a changé : <http://www.e-cancer.fr/agenda/details/434>
- ³ Après avoir rappelé le rôle central de l'anatomie et cytologie pathologiques sur les sujets retenus pour les tables rondes animées par ces journalistes (*Vers une individualisation des traitements du cancer ? ; Un parcours personnalisé et coordonné pour mieux répondre aux besoins de la personne - Partager les données entre professionnels de santé : l'apport du dossier communicant de cancérologie (DCC) ; Personnaliser la prévention, prédire les cancers et mieux les dépister*), le Président Guiu poursuit :
"Vous comprendrez, donc, notre étonnement de constater l'absence totale de la spécialité dans les discussions portant sur ces sujets alors que la mesure 20 du Plan Cancer recommande de « soutenir la spécialité d'anatomopathologie »
Depuis huit mois, la DGOS a lancé une grande concertation avec le Conseil National Professionnel des Pathologistes. Cinq groupes de travail ont été constitués auxquels s'ajoutent des réunions plénières en vue d'élaborer un projet médical pour cette spécialité, faute de quoi une crise sanitaire risque de voir le jour.
Président du Syndicat des Médecins Pathologistes Français, aussi bien du secteur public que privé, je suis également étonné de constater une autre absence : le secteur libéral. En effet, connaissant les chiffres, je tiens à préciser que 2/3 du diagnostic cancérologique (donc anatomopathologique) se font en secteur privé. Le cancer ne choisit pas son secteur d'activité.
Vous trouverez, en PJ, un récent article paru en juin dernier dans « Le nouveau cancérologue » pour expliquer plus précisément le rôle et la situation actuelle de notre spécialité. Je me tiens, par ailleurs, à votre disposition pour participer à toute discussion sur l'ACP, discipline méconnue du grand public mais incontournable."
 Lettre du Docteur Michel Guiu Président du Syndicat des médecins pathologistes français adressée le 14 Octobre 2011 aux journalistes animateurs des Rencontres INCa du 24 novembre 2011
- ⁴ Anatomie et cytologie pathologiques
- ⁵ Cf. le document de synthèse diffusé en début d'année par le Syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF) : *L'anatomie pathologique, une spécialité médicale au bord de l'implosion* (mail UNHPC 11/105 du 24 février 2011)
- ⁶ Mesure 20 "Soutenir la spécialité d'anatomopathologie" - Plan Cancer 2009-2013 p. 88
"Contexte : Le diagnostic du cancer est signé morphologiquement par le médecin anatomopathologiste, qui fournit également aux médecins cliniciens des informations indispensables pour le pronostic de la maladie, voire le caractère prédictif de la réponse thérapeutique. Cette spécialité incontournable pour la qualité des soins, la recherche et l'observation des cancers traverse une période charnière. Tout en devant répondre à de plus en plus d'enjeux sanitaires et de santé publique, l'anatomocytologie-pathologie (ACP) doit faire face à des mutations scientifiques et à des difficultés démographiques qui justifient, en relais du projet Pathologie porté par la profession, la mise en place d'un programme d'actions spécifiques."
- ⁷ Définition des cancers rares adoptée par l'INCa (Institut National du Cancer - *Structuration de l'offre de soins pour les patients adultes atteints de cancers rares - Soins et vie des malades - mars 2011 - p. 1 / Cf. mail UNHPC 11/123 du 1^{er} mars 2011*)
"On regroupe sous le terme « cancers rares » les cancers :
- dont l'incidence est inférieure à 3/100 000 personnes par an (1) ;
- ou nécessitant une prise en charge hautement spécialisée, du fait de leur siège particulier, de leur survenue sur un terrain spécifique, ou complexes (2).
 1. Casali PG, et al, European Cancer conference Copenhagen, sept 2003
 2. Gatta G, et al, Europ J Cancer 2003 ; 1 (5, Suppl) : S312»
- ⁸ *Synthèse de l'activité 2010 de double lecture des cancers rares de l'adulte et des lymphomes - INCa - Collection Rapports & Synthèses - Soins et vie des malades - Mesure 20 et mesure 23 - octobre 2011 - 26 pages*
 Cf. mail UNHPC 11/545 du 7-10-2011
- ⁹ Le Conseil National des Pathologistes est le représentant des sociétés savantes les plus importantes numériquement et des groupements professionnels principaux de la discipline : Association pour le Développement de l'Informatique en Cytologie et Anatomie Pathologiques (ADICAP) et Fédération des Centres de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomie Pathologique (CRISAP), Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie Pathologique (AFAQAP), Académie Internationale de Pathologie (AIP - Division Française), Collège National des Pathologistes des Hôpitaux Généraux (CNPHG), Collège Universitaire Français des Pathologistes (CoPath), Groupe des Pathologistes Libéraux (GPL), Société Française de Cytologie Clinique (SFCC), Société Française de Pathologie (SFP), Syndicat des Médecins Pathologistes Français (SMPF).
- ¹⁰ Nous avons diffusé cette lettre : cf. mail UNHPC 11/558 du 15-10-2011
- ¹¹ Haute autorité de santé
- ¹² Syndicat des médecins pathologistes français (le SMPF rassemble les pathologistes de tous statuts - www.smpf.info)
- ¹³ ASA : Amélioration du service attendu. Rappel : l'ASA est cotée de I à IV. La cotation ASA II a pour libellé "amélioration importante", l'ASA I correspondant à une "amélioration majeure"
- ¹⁴ Avis : *Consultation de second avis en anatomie et cytologie pathologiques* - Document d'avis HAS - Service évaluation des actes professionnels - décembre 2009 - 13 p.
 Rapport : *Second avis en anatomie et cytologie pathologiques* - Rapport d'évaluation technologique - Haute Autorité de Santé / Service évaluation des actes professionnels - décembre 2009 - 54 pages
 Les deux ont été diffusés par mail UNHPC 09/581 du 29-12-2009

- Cf aussi la note de cadrage "Deuxième lecture en anatomie et cytologie pathologiques" - HAS - Service évaluation des actes professionnels - Juin 2009 (diffusé par mail UNHPC 09/313 du 28 juillet 2009). Les différences d'approche entre le second avis et double lecture y était déjà mentionnées. La demande d'avis était formulée auprès de la HAS par la Société Française de Pathologie sous cette forme : « *Recommandations pour une bonne pratique de la consultation expertale en anatomie et cytologie pathologiques* ».
- 15 Officiellement l'INCa verse 15 € pour toute tumeur envoyée en "double lecture systématique" pour encourager l'envoi que l'on peut considérer comme obligatoire puisqu'il doit être "systématique". L'INCa n'a jamais payé ces 15 € et les pathologistes ne les ont jamais réclamés. De fait les Tutelles ont donc choisi la subvention et non le prix (CCAM). Une fois de plus, n'est-on pas en face d'une prime aux médiocres... ?
- 16 Le communiqué du SMPF précisait aussi : "Lors de sa dernière réunion, le 5 décembre dernier, le GRAP (Groupe de Réflexion en Anatomie Pathologique) regroupant toutes les associations ACP a unanimement dénoncé le principe de cette "double lecture". Si de nombreux hospitaliers s'interrogent sur la faisabilité d'un tel système et sur le travail supplémentaire qu'il engendrera, le syndicat ne s'inquiète que de la suspicion et du discrédit jetés sur une spécialité qui ne le mérite aucunement et s'interroge sur le but réel de l'INCa." (cf. mail UNHPC 09/581 du 28 décembre 2009)
- 17 Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 20 (conclusion et discussion)
- 18 Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 5 (introduction)
- 19 Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 20 (conclusion et discussion)
- 20 Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 19 (activité des centres experts régionaux)
- 21 Dans son Rapport au Président de la République, le Pr J. P. Grünfeld parlait de "spécialité déterminante" et soulignait le "rôle méconnu mais irremplaçable" des médecins pathologistes :
- "3.6. L'anatomo-cyto-pathologie : une spécialité déterminante :
Les médecins pathologistes ont un rôle méconnu mais irremplaçable en cancérologie tant dans le domaine des hémopathies malignes que dans celui des tumeurs solides.
[...]
Mesure : Soutenir la discipline d'anatomopathologie en renforçant les postes de médecins et de techniciens dans les laboratoires d'anatomopathologie et les plates formes régionales. Un effort prioritaire doit être réalisé pour que le secteur privé soit pris en compte au même titre que le public, avec, en premier lieu, la mise en application effective de la CCAM ACP. L'ouverture d'un travail de fond sur la réalité aujourd'hui de ce métier en terme d'actes et de nomenclatures doit ensuite être entrepris, incluant la totalité des activités concernées qu'elles soient cliniques (en particulier le nombre de blocs nécessaires et leur archivage), de recherche et de santé publique."
Pr Jean-Pierre Grünfeld - Rapport au Président de la République - Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 - Pour un nouvel élan - 14 février 2009 - p. 75
- Nous avons diffusé ce rapport par mail UNHPC 09/111 du 25 mars 2009, ainsi que le récapitulatif des recommandations et une base de donnée (au format FilemakerPro) constituée à partir des ces recommandations en pièces jointes du mail UNHPC 09/119 du 29 mars 2009
- 22 La lettre du Conseil National des Pathologistes datée du 14 octobre 2011 précise : "La reconnaissance de la « demande de second avis » est une demande récurrente de la profession pour améliorer les pratiques et sécuriser le diagnostic. Elle a le mérite de continuer à responsabiliser les pathologistes et de couvrir tout le champ des erreurs possibles, faux-positifs, comme faux-négatifs (non recrutés par la double lecture systématique), quelles que soient les pathologies, rares ou fréquentes."
- 23 La FNCHP (Fédération nationale de cancérologie des hôpitaux publics) disait sagement dans une lettre adressée le 1er septembre 2010 à Dominique Maraninchi, Président de l'INCa par son Président Norbert Ifrah : "Le diagnostic des tumeurs rares n'est pas toujours difficile. A l'opposé, le diagnostic de certaines tumeurs, plus fréquentes, peut l'être. Le principe de la consultation des seconds avis, validé par la HAS, pour les dossiers anatomopathologiques difficiles et non pas de façon systématique, paraît plus adapté à la problématique de la cancérologie, sous réserve d'un financement par l'Assurance-maladie. Cette organisation diagnostique en réseaux avec avis surspécialisé sur des dossiers complexes éviterait la saturation des centres d'expertise, assurerait le maintien de l'implication de l'ensemble des pathologistes et participerait à la formation post-universitaire". Cette lettre avait pour objet "Double lecture des tumeurs rares : organisation et financement".
- 24 Extraits de la lettre du Conseil national des pathologistes du 14 octobre : "Traiter de l'erreur médicale n'est pas chose aisée. La profession abordera le sujet en novembre lors de son congrès national sur le thème « Sécuriser le diagnostic ACP en 2011 - L'erreur diagnostique : entre discours et réalité ». La communication sur l'erreur en médecine, qu'elle émane des cliniciens, des patients, des médias ou des pathologistes eux-mêmes, mérite d'être fidèle à la réalité, au risque de générer inutilement de l'anxiété chez les patients et de mettre abusivement en cause la qualité des acteurs de soin".
- 25 Le "Carrefour Pathologie 2011" aura lieu du 21 au 25 novembre 2011 à la Maison de la Chimie à Paris
Le mercredi 23 novembre, à 14 h 30 au Grand Amphithéâtre, il y aura un symposium AFAQAP sur le thème : *Sécuriser le diagnostic en anatomie et cytologie pathologiques - L'erreur diagnostique : entre discours et réalité*.
Ce symposium est organisé par Jean-Pierre Bellocq (Strasbourg) sous l'égide de l'Association Française d'Assurance de Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (AFAQAP), avec la participation de : Eric Anger (Alençon), Philippe Camparo (Suresnes), Frédérique Capron (Paris), Jérôme Chetritt (Nantes), Béatrix Cochand-Priollet (Paris), Marie-Christine Copin (Lille), Jean-François Michels (Nice), Jean-Paul Saint-André (Angers), Marie-Cécile Vacher-Lavenu (Paris)
Ses objectifs sont : cerner la notion d'erreur diagnostique en anatomie et cytologie pathologiques. Comment l'identifier, comment l'éviter ? Définir une stratégie de communication en direction des médecins pathologistes, des cliniciens, des patients, des organismes institutionnels.
Programme, inscription et informations pratiques : <http://www.sfpathol.org>
- 26 Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 13 (impact de la double lecture)
- 27 Rapport INCa "Synthèse de l'activité 2010..." p. 14 (impact de la double lecture en fonction du « degré de certitude » du premier diagnostic)
- Il est pourtant relativement rassurant de constater que, si on reprend les résultats du réseau « North Central London Lymphome Network » pour les lymphomes cités dans le même rapport INCa, on peut, au contraire de ce qui est dit, considérer que le taux d'erreurs des pathologistes français sur les lymphomes est exceptionnellement bas : 32 % en Angleterre versus 4,9 % en France la première année de fonctionnement. "Les résultats, publiés récemment, du dispositif de double lecture des lymphomes effectuée au sein du réseau « North Central London Lymphoma Network » (NCLLN) montrent une diminution progressive et continue du pourcentage de discordances diagnostiques, passant de 32 % à 13 % au cours des 6 années de fonctionnement" (Proctor IE, McNamara C, Rodriguez-Justo M, Isaacson PG, Ramsay A. Importance of expert central review in the diagnosis of lymphoid malignancies in a regional cancer network. J Clin Oncol. 2011 Apr 10;29(11):1431-5).
- 28 Association française d'assurance qualité en anatomie et cytologie pathologiques
- 29 On a souvent eu l'occasion de regretter ici un comportement similaire en ce qui concerne l'oncologie médicale.

**Qui nous délivrera
de la colère qui monte
et, surtout,
comment procéder ?**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/42

Date de parution : lundi 24 octobre 2011

Sujet : **La dette, la crise, la dette...**

Mots types : Jean-Marie Le Guen - Les Gracques - Bernard Kouchner - François de Closets - Annie Podeur - Raymond Soubie - FHP - FHP-MCO

Année 2011 - p. 157/210

Le barde Bob Dylan était à Lille puis à Paris cette semaine. Un de ses vers ancien mais passé dans le langage courant prévient que "celui qui ne s'occupe pas de naître s'emploie en fait à mourir..."¹. On avait l'impression que cet avertissement résonnait en écho des conférences organisées cette semaine à l'initiative de la FHP² et de l'actualité chaotique liée à la prise en charge des problèmes de la dette et de la crise par nos pays européens. Entre la coupe du monde de rugby, la libération de la Libye, les élections libres en Tunisie et les "Sommets" européens qui se succèdent et ne débouchent pas malgré l'urgence et la détresse des peuples, l'actualité continuait. Notons que si l'Europe a du mal à se faire et, en conséquence, prend du retard sur ce qui devrait être un de ses chantiers prioritaires - aider au développement du Magreb-Machreck pour garantir la paix dans les années qui viennent - elle n'a pas failli à sa tâche en Libye. Nous ne sommes pas hors sujet : une délégation d'hospitaliers (tous publics, c'est leur privilège) a quitté la France en début de semaine pour la Libye, afin d'aider ce pays courageux à soigner ses blessés et à reconstruire un système hospitalier digne de son avenir. Parmi eux, de fidèles abonnés à cette chronique. Nous leur exprimons donc ici tous nos vœux pour la réussite de leur mission difficile mais si importante.

Mais revenons à nos conférences de la semaine.

La première des conférences est celle organisée par la FHP en coopération avec Décision Santé dans le cadre des "Auditions Privées" avec Jean-Marie Le Guen³. Jean-Marie Le Guen est maintenant le conseiller santé de François Hollande devenu dimanche dernier candidat officiel du Parti Socialiste, à l'issue des "primaires". Il faut donc écouter Jean-Marie Le Guen avec attention. Il faut aussi lire son livre récent, intitulé "Sauvons notre Santé... avant qu'il ne soit trop tard"⁴. L'homme apparaissait jusqu'à maintenant comme un porte-parole assez classique du corporatisme hospitalier dur. Il veut aussi apparaître comme un politique responsable. Sa conférence marque sans doute une étape de mi-chemin. On y trouve de tout ou presque et les positions sont si nombreuses, parfois si contradictoires, mais toujours très affirmées, et avec force, qu'on a du mal à en trouver la logique ou la cohérence.

Il faut "sauver l'hôpital public", mais aussi mettre en œuvre des politiques publiques "d'envergure et de long terme, pour s'inscrire dans le concept de santé durable, notamment en majorant la prévention".

"Ce passage de « l'Etat infirmier » à « l'Etat prévoyant » préviendrait les inégalités et nécessiterait des investissements, qui seraient compensés par la meilleure santé de la population."

Il concède que les temps sont durs et qu'une fois au gouvernement, pour faire face aux problèmes de la dette⁵, il faudra sans doute proposer un "programme de salut public". La question c'est de savoir "comment gérer le trou de 10 milliards ?". Pourtant "le trou n'existe pas"⁶ et de toute façon les dépenses de santé ne peuvent être assimilées à des dépenses de fonctionnement, il s'agit bien de "dépenses d'investissement" qui préparent l'avenir. On sait que c'est l'argument majeur pour justifier d'en faire peser la charge, au moins en partie, sur les générations à venir...

Jean-Marie Le Guen se présente comme médecin, mais n'est pas contre les dépassements, juste contre les "abus". Pourtant il est "contre le secteur optionnel" et préconise "un tuilage entre le système des dépassements et un autre, reposant sur un développement des forfaits". Par ailleurs, "le revenu des docteurs, ce n'est pas un sujet majeur."

Il se dit économiste et aspire aux plus hautes responsabilités sur le système hospitalier, mais dit ne rien pouvoir faire contre la financiarisation des hôpitaux et cliniques et hôpitaux privés.

Comme il le dit sur la 4 de couverture de son livre ou sur son blog, il "critique avec force les dérives actuelles de la politique sarkozienne qui confond hôpital public et entreprise privée". Il défend donc "l'hôpital", mais il est moderne et préconise d'opérer les cataractes en cabinet. Il s'élève contre "la casse de l'hôpital public" par la "logique comptable", mais pour autant qualifie sa réforme de "question majeure". Il est "bien sûr totalement contre la convergence" public-privé car elle est "totalement inappropriée". Ce qu'il faut rechercher c'est de la "complémentarité". "La concurrence c'est la gabegie". Il est contre la T2A⁷ car il est "contre la technocratie" et, en con-



séquence, il "propose de la limiter petit à petit". Quant au "service public, il n'est pas d'accord avec la réforme Bachelot. Le service public forme un tout indivisible."

Il est socialiste mais pour la TVA⁸ sociale et pour revoir le système des ALD⁹, mais sans en dire beaucoup plus, sauf à dire aussi qu'il faut négocier une hausse de la prise en charge des complémentaires par les entreprises.

Arrêtons là. Certes le métier d'homme politique est très difficile et il faut donc se méfier des critiques faciles. Pourtant, si, pour réussir en politique, il faut savoir être un peu contradictoire et un peu pervers, alors il semble que nous y sommes, si, au contraire, l'art du politique c'est l'art du "parler vrai", alors il semble que nous n'y soyons pas tout à fait... Mais il arrive parfois aux idéologues les plus endurcis d'être les champions de la réal politique une fois "aux affaires"...

Dans ce contexte pour le moins flou et un peu inquiétant, il est tentant d'aller voir ce que disent, du même côté, ceux qui se réclament de "la culture de gouvernement".

"La culture de gouvernement", c'est bien de cela que se réclament "Les Gracques". Ils se définissent comme "un « groupe de réflexion et de pression » qui veut que la gauche garde une culture de gouvernement". Ils viennent de faire paraître un livre intitulé "Ce qui ne peut plus durer"¹⁰. Pour ceux qui en douteraient, une très belle citation de Léon Blum ouvre cet ouvrage¹¹. Nous sommes bien dans le sujet de la crise et de la volonté d'y faire face. La 4 de couverture va encore plus loin et affirme que "la survie de notre modèle social est en jeu"¹².

Il faut donc consulter le chapitre qui est consacré au système de santé sous le titre "Mieux vaut être riche et bien portant..." dans la seconde partie "La société du respect". 11 pages sur plus de 260, c'est relativement peu mais elles apparaissent plus cohérentes et méritent d'être lues.

Nous n'en retiendrons pourtant ici que deux détails contradictoires.

Tout d'abord une déception. A la lecture on perçoit ici aussi une défiance vis-à-vis du secteur privé. Elle pourrait se fonder si elle était justifiée. Mais elle ne l'est pas. On est donc là aussi dans le présupposé idéologique et on reproche au privé de rester dans l'application des règles qu'on lui fixe autoritairement. Ainsi, le chapitre commence par une affirmation "d'abord ne pas nuire en remettant en cause ce qui marche et fait notre fierté. L'hôpital public doit rester la référence pour la permanence de l'accès aux soins, la prise en charge des pathologies lourdes et l'accueil des populations précarisés. Or la balance des activités entre les secteurs public et libéral fondée sur l'argument du moindre coût étrangle l'hôpital public qui doit supporter seul bien des astreintes."¹³ C.Q.F.D. donc. Et plus loin : "Il faut améliorer l'efficacité de la dépense mais aussi simplifier le système de fonctionnement de l'hôpital - la tarification à l'activité étant l'image même de la technocratie en mouvement - pour permettre de recruter des soignants là où l'on ne recrute plus que des cadres administratifs"¹⁴. En termes

de "culture de gouvernement", c'est pauvre...

De façon plus générale, on a l'étrange impression d'un recul un peu général sur cette question du secteur privé. Un peu comme si en période de crise on succombait à la tentation de tomber sur le petit ou le différent comme s'il fallait un bouc émissaire pour justifier le conservatisme. On en a une illustration, entre autres, cette semaine, dans le numéro de "Décision Santé". Le numéro fait une très large place au privé et aux réunions de la FHP et de la FHP-MCO¹⁵. Pourtant l'éditorial de Pascal Maurel joue de la facilité en maniant des paradoxes pour le moins artificiels qui sous couvert d'humour, créent le trouble et manient la dérision au lieu d'introduire aux vraies questions¹⁶. Ses premiers mots sont forts, il parle en effet d'une "rentrée économique de plus en plus détestable". Raison de plus pour fuir des facilités qui, elles aussi peuvent parfois être détestables. Plus que jamais il faudra que le secteur privé sache, malgré ce à quoi on le conduit, être exemplaire dans ses comportements et particulièrement responsable dans ses propositions, s'il veut être entendu comme il le mérite.

Mais revenons au livre des Gracques. Nous avons en effet annoncé vouloir relever un deuxième "détail". A l'inverse du premier il y a, dans le chapitre cité, un long passage sur le "bouclier sanitaire" qui doit être relevé ici. Nous reparlerons de cette proposition un peu plus loin. Pour les Gracques, "le bouclier sanitaire serait un progrès de la démocratie"¹⁷. Voilà bien en effet un projet de réforme qui mérite attention dans le cadre d'une future "culture de gouvernement" !...

Les trois autres conférences eurent lieu lors des rencontres organisées successivement par la FHP-MCO et par la FHP au CNIT, à Paris, les 20 et 21 octobre.

Bernard Kouchner fut le premier jeudi matin. Exposé brillant mais un peu général et sans grande proposition. On était plus sur le passé que sur le sujet prévu : « *Quel est l'Avenir de la protection sociale en France...* ». Le décor est néanmoins planté. Lui aussi trouve que l'heure est grave. Encore et encore : les 10 milliards de déficit...

Il fut suivi de **François de Closets**, journaliste bien connu et auteur d'une vingtaine d'essais dont la plupart sont des best sellers. Il lui était demandé une intervention sur le thème « *Déficits publics : Quelles solutions ?* ». Il vient en effet de faire paraître un livre au titre évocateur : "L'échéance : Français, vous n'avez encore rien vu"¹⁸. Beaucoup sont agacés par ce journaliste et pédagogue de talent à cause, entre autres, de ses mimiques, de ses imprécations parfois virulentes, et chez nous, de ses prises de positions en médecine et sur sa revendication d'un droit à la mort médicalement provoquée. Il n'empêche. Vendredi, sa démonstration fut extrêmement brillante, dans la forme comme dans le fond. Elle se traduisait par un appel au sens des responsabilités face aux échéances inéluctables qui s'annoncent pour répondre au financement par la dette que nous avons privilégié depuis plusieurs décennies. Ce n'est pas tant des informations nouvelles qu'il apportait, mais une aide à la prise de conscience des impasses dans lesquelles nous nous sommes mis et que l'habitude nous empêche de voir. Ses

mots de conclusion sont durs. Il dénonce "l'infamie des transferts sur la CADES"¹⁹. Il qualifie notre génération, la sienne, de "pire génération que la France ait jamais connue". Il croit constater que "si la France a la longue tradition de se ruiner par la guerre, c'est la première fois qu'elle réussit à se ruiner en temps de paix". Il manie l'humour : "J'en ai marre de payer comme un suédois et d'être traité comme un américain". Il partage l'avis de ceux qui pensent qu'il ne faut plus distinguer dette publique et dette privée. Il rappelle que la France a plusieurs avantages face à la crise financière : sa démographie et sa tradition d'épargne privée. Chacun comprend qu'il va falloir inévitablement y puiser. Mais il est persuadé qu'on peut en sortir, à condition de sortir du financement par la dette. Pour lui la prise en charge des malades n'est pas un investissement. Il faut la financer comme une dépense de fonctionnement du système. Il faudra agir sur les deux volets, celui des recettes comme celui des dépenses et donc s'aider des outils réputés "de gauche" comme de ceux réputés "de droite". On en sort groggy mais non découragé, au contraire, on a l'impression d'y voir plus clair. C'est donc un bon pédagogue.

Sa conférence est immédiatement suivie de celle de la Directrice générale de l'offre de soins, **Annie Podeur**. Le rôle est difficile, très difficile. Elle doit intervenir sur le thème des « évolutions attendues de l'environnement hospitalier ». On la sent en souffrance et on a mal pour elle. Elle tente quelques propositions. Elle confirme que les normes de chirurgie ambulatoire vont être allégées²⁰. On le savait déjà, mais cela va être définitivement confirmé lors de la réunion "chirurgie ambulatoire" prévue le 3 novembre prochain. Mais on est loin, très loin de la politique incitative et du tarif identique unanimement souhaité lors du séminaire gouvernemental d'octobre 2010. Au lieu de raccourcir elle rallonge et nous vante une fois de plus les mérites de la planification. Face aux exigences du temps rappelées par François de Closets on est "petit bras". Les OROS²¹ disparaissent avant d'avoir vu le jour et sont remplacés par les IPA²². Il y aura un guide MIG²³ comme il y a eu cet été un guide AC²⁴. Il faut "anticiper, préparer, expérimenter". Certes ! On ne sort pas du registre des "petits bras", mais le pouvait-elle ? On a le sentiment d'être dans le pathétique, mais qui aurait voulu être à sa place ? Notons ici qu'elle a eu le mérite de revenir dès le lendemain pour assister à la conférence de Raymond Soubie. C'est une forme de respect pour nos organisations qu'il faut aussi noter.

Raymond Soubie²⁵ est apparu comme un monsieur déjà âgé mais toujours avec l'œil malicieux et pétillant d'intelligence qu'on lui connaissait, parlant longuement et sans note d'un sujet qu'il connaît bien. Dans un premier temps il décrit la "scène de théâtre" sur laquelle se joue notre système de santé. Il y voit de nombreux "animaux" aux comportements bien typés. On y apprend que le directeur de l'assurance-maladie a plus de pouvoirs qu'on ne le croit "car il procède d'une double légitimité". Par contre le ministre de la santé en a moins qu'on le croit car il dépend en tout de Matignon et surtout de l'Elysée. Il se contente "d'instruire" les questions car le Président "s'intéresse beaucoup à la santé" et le quinquennat y pousse : toutes les "décisions majeures",

PLFSS, HPST, réponses aux crises... sont prises à l'Elysée. La réforme des ARS²⁶ est longue dans sa mise en place ? "C'est bon signe : les réformes longues à se mettre en place sont les vraies réformes, celles qui vont vite ne sont pas de vraies réformes". De même, il insiste aussi sur le fait que, pour la première fois dans notre secteur, on distingue maintenant "statut" et "mission". "Ça ira lentement" a-t-il pronostiqué, "mais le pas est franchi". C'est vrai. Rendez-vous donc dans 15 ans, propose-t-il, pour juger de l'effet sur notre capacité à atteindre "l'optimum" du système de santé.

Raymond Soubie s'attarde ensuite sur le déficit. La tendance naturelle des dépenses de santé est de croître plus vite que le PIB²⁷. Là aussi, il souligne le succès de la politique menée : ces dernières années le déficit a été maîtrisé et "le reste à charge reste le plus faible des pays européens derrière les Pays-Bas".

Pour les années à venir le défi est financier. Tout dépend de la croissance. Et de rappeler que "tout se joue dans la variation de 1 % du taux de croissance". Or "on est là dans l'imprévisible". Si effectivement nous devons constater une chute importante de notre taux de croissance, et de ce point de vue l'annonce de "la baisse du taux de croissance en Allemagne de 2 % à 1 % est une très mauvaise nouvelle, car si cette prévision se confirme, il y aura forcément une pression forte sur les tarifs". Il faut donc surveiller de très près le taux de croissance. S'il ne décolle pas trop de 2, 2,5 %, il n'y a pas de raison de s'inquiéter... Sous le charme, presque personne ne s'est aperçu que Raymond Soubie n'avait rien dit de deux des sujets sur lequel il a tout à la fois compétence et légitimité : le social à l'hôpital et l'impératif de productivité. Non, la réponse est dans l'économie et l'économie dépend de la confiance. Tout le monde a cru comprendre qu'il fallait avoir confiance...

Mais c'est à ce moment-là que Raymond Soubie nous a fait vivre un grand moment. Il a pris l'option du "story telling" pour nous parler du bouclier sanitaire "qui regroupe tous les tickets modérateurs". Il en vanta tout d'abord les vertus et "l'intelligence" pour mieux nous dire qu'il avait deux inconvénients²⁸. Le premier est qu'il "provoque une prise de conscience de ce que les gens ne voient pas"... Le second c'est qu'il risque de faire prendre conscience aux assurés que les cotisations aux complémentaires, assurances et mutuelles, sont finalement moins utiles. "Cela explique l'hostilité des Mutuelles à ce système". Et voilà l'histoire : il y a quelques années, Raymond Soubie a rendez-vous avec le Président de la Mutualité Française (il n'a pas cité son nom mais tout le monde a compris qu'il s'agissait de Jean-Pierre Davant). Il l'informe tout de go qu'il a l'intention de mettre en place le bouclier sanitaire. Dans combien de temps ? "Tout de suite" répond-il en "bluffant". Il est surpris par la vitesse et la brièveté de la réponse de son interlocuteur : "Bon, il vous faut combien ?" et il s'entend lui répondre "1 milliard", sans prendre le temps de réfléchir. Accord immédiatement conclu. Les Mutuelles seront taxées de 1 milliard. Raymond Soubie a des regrets : "J'ai très nettement l'impression que j'aurai pu dire 2 ou même 3 milliards et que la réponse aurait été tout aussi positive..." Intéressant ! Cela donne aussi à penser sur l'attitude des Mutuelles concernant les dépassements !

La Présidence d'Etienne Caniard permettra-t-elle une évolution vers moins de mercantilisme ? C'est en tous les cas souhaitable pour le pays comme pour les "braves" sociétaires !

Raymond Soubie se prêta ensuite à un jeu de questions très contrôlées, ce qui, compte tenu de ses récentes fonctions, était assez normal et ce d'autant plus que sa dernière histoire justifiait, à elle seule, sa venue. Parmi ces questions il en est une qui a été posée par Jean-Loup Durosset et qui mérite d'être relevée ici. *"Ne pensez-vous pas qu'il faudrait séparer les fonctions de l'Etat régulateur et de l'Etat gestionnaire ?"* La réponse est longue, très positive, argumentée. Il en profite même pour réaffirmer les fonctions d'Annie Podeur qui est assise au premier rang et *"qui aurait toutes les qualités pour assumer ces nouvelles responsabilités"*. Raymond Soubie est convaincu qu'il faut en effet séparer ces deux fonctions. On grillait d'envie de savoir pourquoi il ne l'avait pas fait puisque *"toutes les décisions importantes se prenaient à l'Elysée"* ? Cela aurait été diablement intéressant...

Pendant ce temps le Quotidien du Médecin²⁹ dévoilait nos difficultés internes. On s'en serait bien passé, de ces difficultés. Notons cependant que les deux assemblées

générales statutaires de jeudi et de vendredi se sont bien déroulées. Les budgets de nos deux organisations ont été votés à l'unanimité, avec seulement quelques abstentions chez la FHP-MCO. A la FHP-MCO les élections se sont déroulées normalement et avec une forte participation. Le Bureau a été tout à la fois renouvelé et renforcé. Il faut donc relativiser. Pourtant, c'est vrai, il faut redéfinir la stratégie de nos syndicats d'établissements de santé. C'est urgent. Nous en avons déjà parlé ici. Des débats ont eu lieu sur le profil du futur Délégué Général de la FHP. Beaucoup exprimaient le sentiment qu'il faudrait d'abord en définir les fonctions et clarifier notre organisation. Il y a urgence. Urgence pour pouvoir affronter les échéances si bien décrites par les conférenciers sollicités. Urgence pour mettre en avant une plateforme de propositions cohérentes, car ce que nous ont montré aussi ces conférenciers, c'est que nos politiques ne sont pas prêts. Il faut leur "donner des idées", comme ils disent. Urgence car notre système hospitalier participe à la montée des périls liés à la dette. Urgence car le pays a besoin de savoir qui le délivrera de la colère qui y monte comme dans d'autres pays européens et, surtout, comment il faudra procéder ?

¹ "he not busy being born is busy dying" - It's alright, Ma, I'm only bleeding (album "Bringing it all back home")

² Fédération de l'hospitalisation privée

³ Le mercredi 19 octobre, les "Auditions Privées" ont reçu Jean-Marie Le Guen, qui est intervenu sur le thème « *Les remèdes de la Gauche sauveront-ils la santé ?* ». Collège des Bernardins, 20 rue de Poissy - Paris V.

Les "Auditions Privées" sont organisées par la FHP, en partenariat avec Décision santé *"afin d'accroître la visibilité du secteur hospitalier privé auprès des décideurs du monde de la santé"*.

Docteur en médecine, Député de Paris, Jean-Marie Le Guen est responsable pour le groupe socialiste des questions de santé et d'assurance-maladie.

⁴ Jean-Marie Le Guen - *Sauvons notre Santé... avant qu'il ne soit trop tard* - Editions du Moment - Paru le 15 septembre 2011 - 234 pages - 16,50 €

⁵ En ce qui concerne la France, ne citons qu'un seul chiffre ici, chiffre repris sur toutes les radios durant le week-end : 28.000 euros par Français. Ce chiffre parle plus que les quelques 1.700 milliards d'euros de dette ou les 75 milliards du déficit commercial. Faut-il "Alerter les bébés !" comme le suggérait sur Europe 1 Ivan Levaï dimanche matin, en reprenant un titre de Jacques Higelin ?...

⁶ *"En réalité le « trou » est purement fictif ! Certains technocrates ont décidé de le laisser en l'état pour justifier la maîtrise des dépenses, d'autres pour justifier des tentatives de privatisation. La sécurité sociale est délibérément sous-financée pour faire accepter des restrictions de prestations. Songez qu'on envisage désormais de plafonner l'activité de chaque hôpital : celui qui dépasserait le quota d'activité qui lui a été fixé, donc les dépenses prévues, pourrait être sanctionné. En somme, on demande aux hôpitaux de ne surtout pas trop soigner, pour ne surtout pas trop dépenser... Le trou est politique, pas réel. Il suffirait d'affecter certaines recettes à la sécurité sociale pour le combler illico presto."* Livre cité, p. 155

⁷ Tarification à l'activité

⁸ Taxe sur la valeur ajoutée

⁹ Affections de longue durée

¹⁰ Les Gracques - *Ce qui ne peut plus durer - Le manifeste* - Albin Michel - Septembre 2011 - 19 € - ISBN 978-2-226-23057-7

www.lesgracques.fr

¹¹ *« Toute classe dirigeante qui ne peut maintenir sa cohésion qu'à la condition de ne pas agir, qui ne peut durer qu'à la condition de ne pas changer, qui n'est capable ni de s'adapter au cours des événements ni d'employer la force fraîche des générations montantes, est condamnée à disparaître de l'Histoire. »* Léon Blum, À l'échelle humaine

¹² La quatre de couverture parle de "la gauche", que Les Gracques espèrent voir gagner lors des présidentielles, mais leur texte vaut sans doute pour celui qui va gagner, quel qu'il soit. *"La gauche peut gagner : nous le pensons et le souhaitons. Mais elle va gagner au pire moment : celui où certains États risquent de faire faillite, et nous contraindre tous à une rigueur que nous ne soupçonnons pas. Les gouvernants recevront leur mandat d'une société fracturée par la défiance, les inégalités et le corporatisme. C'est peut-être la dernière chance de la réforme avant la nuit du populisme. Mais c'est aussi une vraie chance ! Celle de dire, dès maintenant, ce qui ne peut plus durer. De ne promettre que ce que l'on peut tenir. Et de conduire la France vers une société du respect.*

L'effort sera rude pour chacun, mais la survie de notre modèle social est en jeu."

¹³ Livre cité page 220

¹⁴ Livre cité page 221

- ¹⁵ Syndicat des cliniques MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de la FHP (Fédération de l'hospitalisation privée)
- ¹⁶ Décision santé n° 278 - 10/2011 - *Paradoxes* - Editorial de Pascal Maurel, Directeur de la publication
 "Dans ce contexte d'une rentrée économique de plus en plus détestable, les responsables des cliniques nous parlent « gros sous » comme d'habitude, mais dans une ambiance différente, celle de la crise. Quand les revenus des Français baissent - 90 % des Français auraient moins de 3.000 euros de revenus et le revenu médian ne serait que de 1.500 euros mensuels -, nos concitoyens boudent les établissements privés et reprennent le chemin de l'hôpital public. Et, de fait, les résultats financiers des cliniques s'en ressentent. Si c'est une bien mauvaise nouvelle pour les gestionnaires, les patrons de cliniques pourraient, à y regarder de près, y trouver des arguments pour la défense de leurs activités. Ils sont, enfin, en mesure de démontrer que leurs entreprises privées de santé n'étaient pas destinées qu'aux seuls riches. Car, en les ignorant aujourd'hui dans la crise, il apparaît que c'est bien leur clientèle de classes moyennes qui a fait leur succès, fondé sur la qualité, l'exigence et l'équité. Donc, par l'exemple, les cliniques démontrent qu'elles sont bien représentatives de la « France moyenne » et qu'elles sont nécessaires à une offre de soins territoriale. Également, l'augmentation d'activité des hôpitaux publics prouve que le service public sait s'adapter aux opportunités du marché et profiter de la T2A imposée par le libéralisme. Avec la crise, l'hôpital connaît une augmentation de fréquentation et donc... de moyens. Logique et amusant. Les patrons d'hôpitaux sont bien devenus des managers ! Autre ironie de l'histoire, les patrons de cliniques cherchent à se re-faire sur le dos de leurs médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires depuis des lustres ! Décidément, les vertus du capitalisme sont infinies."
- ¹⁷ "À terme, un système de bouclier sanitaire pourrait fixer le « reste à charge » de chaque assuré non plus en fonction de ses pathologies, mais de son revenu. Le système de remboursement serait ainsi plus juste, puisque chacun, quelle que soit sa pathologie, n'aurait à contribuer qu'en fonction de ce qu'il peut. Il serait aussi plus modulable pour faire face, sans remettre en cause les solidarités, à l'évolution naturelle des dépenses. Sa progressivité permettra à la représentation nationale d'en fixer les modalités de manière simple et intelligible pour l'ensemble des citoyens. L'augmentation du « reste à charge », quand elle devrait être décidée, reposerait ainsi sur toute la collectivité, et non sur quelques malades dont les pathologies seraient tout à coup déremboursées. Bref, le bouclier sanitaire serait un progrès de la démocratie."
 Livre cité, p. 225
- ¹⁸ François de Closets, Irène Inchauspé - *L'échéance, Français, vous n'avez encore rien vu...* - Fayard - Paru le 31 août 2011 - 304 pages - ISBN : 978-2-213-66600-6
 Extraits de la présentation par l'éditeur : "Le temps du Toujours Plus est terminé. Pour les droits comme pour les déficits. Notre situation est aussi dégradée que celle des Grecs ou des Portugais. Nous allons donc affronter les mêmes épreuves. Ce sera l'heure de vérité, l'occasion de rebâtir la France. Voici le livre d'après la vraie crise. Celle-ci combine le surendettement de l'Etat et les folies de la finance. La faillite qui menace est l'aboutissement d'une dérive de quarante ans. Car, pour entretenir ses illusions, la France s'est droguée au déficit et a fait de sa jeunesse sa variable d'ajustement. A l'arrivée, nous sommes ruinés et notre modèle est perverti. Face à ces dangers, la droite dénonce les dérives des finances publiques et la gauche celle de la finance privée. Pour François de Closets et Irène Inchauspé, toutes les questions doivent être posées et méritent des réponses sans tabou."
- ¹⁹ Caisse d'amortissement de la dette sociale
- ²⁰ Suppression de la limite des 12 heures d'ouverture et suppression de la norme d'une infirmière pour 5 patients présents comme cela avait été prévu dans les projets de décrets portant nouveau dispositif d'autorisation de l'activité de soins "chirurgie"... attendus depuis l'ordonnance "portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé" du 4 septembre 2003, ou, si l'on veut, de son décret d'application n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires... mais indéfiniment retardés.
- ²¹ Objectifs de répartition de l'offre de soins
- ²² Indicateur de pilotage de l'activité, non opposables précise Annie Podeur
- ²³ Mission d'intérêt général
- ²⁴ Aide à la contractualisation. Cf. le Guide de délégation des dotations concourant aux aides à la contractualisation - Version 1 - Introduction - Objet du guide - Circulaire N° DGOS/R5/2011/315 du 1er août 2011 relative au guide de délégation des dotations finançant les aides à la contractualisation
 "Ce guide a aussi pour objectif de donner un ensemble de conseils simples et précis dans la délégation des crédits, en conformité avec les règles générales issues du droit interne et du droit communautaire*.
 En effet, l'absence d'objectivation des délégations de dotations AC peut entraîner :
 - une condamnation de l'agence régionale de santé devant les tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et une annulation de l'ensemble des délégations de crédits sur la base du non respect des principes d'égalité et de non discrimination ;
 - une condamnation de l'Etat Français sur la base d'une incompatibilité avec le droit communautaire." L'Europe a donc du bon...
- ²⁵ Raymond Soubie - « La vision de Raymond Soubie sur l'évolution de la santé et de notre système de protection sociale » - Conférence débat - 11^e Rencontres FHP 21 octobre 2011 au CNIT Paris La Défense
 Raymond Soubie, membre du Conseil Économique, Social et Environnemental, après avoir été conseiller social du président Nicolas Sarkozy, est actuellement PDG de l'agence d'information AEF. Ancien élève de Sciences-Po et de l'École Nationale d'Administration, il a été conseiller de Jacques Chirac à Matignon entre 1974 et 1976 et de Raymond Barre, lorsqu'ils étaient Premier ministre.
- ²⁶ Agence régionale de santé
- ²⁷ Produit intérieur brut
- ²⁸ Parmi les nombreux documents relatifs au bouclier sanitaire que nous avons circularisés, notons :
 - le passionnant article de Jacqueline Simon - *Assurance-maladie : le retour aux fondamentaux* - Revue Commentaire - décembre 2006/ janvier-février 2007 (Hiver 2006-2007) - Volume 29/Numéro 116 - pp. 967-979 et la "réponse" de Gilles Johanet : *La preuve par neuf, réponse à Jacqueline Simon sur la réforme de l'assurance maladie* - même numéro pp. 981-992. Cf. mail UNHPC 2007/3 du 2 janvier 2007
 - l'article d'Etienne Lefèbre - *Franchise sur les soins : la contre-proposition de Martin Hirsch* - Les Echos 22/06/07. Cf. mail UNHPC 07/206 du 25 juin 2007 et le blog de Martin Hirsch : "Je persiste à penser que le bouclier sanitaire pour tous est plus juste et plus équitable que le système des affections à longue durée prise en charge à 100% pour certains."
<http://martinhirsch.blogs.nouvelobs.com/archive/2010/05/16/c195506f6916d6d6f33b120a0575bd02.html>
 - le rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) intitulé "La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique" - Cf. mail UNHPC 09/564 du 13 décembre 2009
- ²⁹ Delphine Chardon - *Les cliniques dans une mauvaise passe - La FHP en proie à des dissensions internes* - Le Quotidien du Médecin du 20 octobre 2011

« Engager le dialogue avec la communauté hospitalière et échanger sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des réformes »

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/43

Date de parution : lundi 31 octobre 2011

Sujet : **L'hôpital et sa réforme**

Mots types : Hôpital public - Cliniques - Gouvernance - Mission - Dénonciations - Communication - C3P - L. Serfaty - SSPI - SFAR - Anatomopathologie - Signature - Articles scientifiques - Liens d'intérêt - Rapports au Parlement - PLFSS

Année 2011 - p. 162/210

Le sauvetage in extremis de l'Europe¹ aura dominé la semaine avec ce paradoxe relevé par beaucoup de commentaires : il aura fallu l'action des marchés financiers pour convaincre nos politiques de nous doter, enfin, d'un tout début d'exécutif économique européen. Ce qui frappe aussi c'est la relative atonie qui règne en France face au drame qui se préparait. A force de répétition des "crises" comme des "solutions définitives", compte tenu des risques encourus et sans doute avec la connaissance du malheur qui s'est abattu sur la Grèce et quelques autres de nos voisins, beaucoup font le dos rond et préféreraient ne pas trop savoir. Dans notre secteur, les conséquences sur nos activités ne devraient pas tarder à s'amplifier².

Mais cette semaine a aussi été, au plan international, la semaine du passage du cap des 7 milliards d'habitants. Les questions de santé et de couverture sociale ont de l'avenir ! En France le taux de chômage bat des records et la trêve hivernale nous rappelle que nous sommes sur un rythme de 500.000 expulsions par an en matière de logement. Travail, logement, santé restent bien les sujets fondamentaux de nos sociétés développées, même si l'eau, la nourriture, l'énergie et la paix s'imposent comme des priorités pour beaucoup.

A côté, nos problèmes peuvent paraître de second ordre. Ce sont pourtant eux qui traduisent nos tensions et nos engagements professionnels face aux enjeux du moment. Eux aussi portent sens. Comme chaque semaine arrêtons-nous sur quelques-uns des sujets qui, parmi d'autres, ont fait notre actualité.

La réforme à "l'hôpital"

L'Etat se soucie du devenir de sa réforme "à l'hôpital"... sans le "bien sûr" habituel. Ce que nous voulons dire, c'est que nos autorités aiment à préciser que lorsqu'elles parlent de "l'hôpital" et qu'on les interroge, quand elles disent "hôpital", "elles veulent "bien sûr" dire « tous les établissements de santé, qu'ils soient publics, privés ou ESPIC³ ». Et bien, cette fois-ci, non, il s'agit du seul "Hôpital public".

Le Ministère publie en effet cette semaine les résultats de l'"**Enquête nationale gouvernance hospitalière 2011**"⁴. Très bien et très intéressant. Mais les mêmes sujets ne se posent-ils pas chez d'autres, et dans le secteur libéral en particulier ? Non, pas d'enquête sur les difficultés engendrées par la réforme dans les cliniques et hôpitaux privés... Pendant ce temps la FHP⁵ et le CLAHP⁶ tournent en rond sur leurs vieux problèmes et quelques nouveaux. Ainsi, le groupe de travail "*relations avec les médecins*" de la FHP se penchait, entre autres cette semaine, sur les contrats et le rôle de la CME⁷. Cela fait 30 ans que tout le monde sait que le "contrat type" est obsolète. Cela fait bientôt 20 ans que la CME⁸ type public ou type Comité d'entreprise pose question à notre secteur, autant que leur faiblesse. Tout le monde sait qu'il faudrait distinguer les contrats comme les CME en fonction du contexte et qu'il faudrait donc au moins distinguer les cliniques à actionnariat non médical, des cliniques à actionnariat exclusivement médical et, bientôt, si les initiatives de quelques-uns de nos collègues prennent corps, les cliniques en contrat avec une "*entreprise médicale*". Comment avancer tant qu'on ne distingue pas, qu'on ne fait place aux "effets structure" ? Pourquoi tant de désintérêt de la part de l'Etat alors même qu'il subira un jour les effets pervers qu'il suscite par omission ? Ce n'est pas d'un Etat encore et toujours plus interventionniste qu'il nous faut ici, mais d'un Etat attentionné, comme il essaie de l'être pour l'hôpital public.

De la même façon, la création d'un site Internet spécifique, abrité par le Ministère et dévolu à la "**Mission Hôpital Public**" créé en juin dernier par le Ministre Xavier Bertrand rappelle cette initiative et interroge⁹. Les intentions sont louables. Qui ne souscrit à cette affirmation : "*Nos concitoyens expriment de manière constante leur attachement à l'hôpital et reconnaissent la qualité des soins qui y est dispensée. Pour autant, les réformes engagées successivement, notamment sur les champs de l'organisation interne des hôpitaux ou de la structuration de l'offre de soins au sein des territoires de santé, ont pu déstabiliser une partie des décideurs hospitaliers, de l'encadrement, des professionnels médicaux et soignants*" ? Nous sommes concernés autant que les "*hôpitaux publics*". Alors, là encore, pourquoi cette omission ? Pourquoi aucun "privé" parmi les 9 membres de la "mis-



sion", tous d'excellents confrères au demeurant ? "De septembre à décembre 2011, la Mission Hôpital Public organise une cinquantaine de rencontres-débats dans les territoires." "2 axes essentiels ont été retenus : la gouvernance interne des hôpitaux", nous venons d'en parler et cela justifie bien des réunions spécifiques, et "les coopérations territoriales et l'organisation régionale". Là c'est différent. On peut, pour le moins, s'étonner de l'animation par l'Etat d'une "cinquantaine" de réunions sur ce sujet, en présence d'une partie seulement des acteurs amenés à "coopérer". On sait bien que le mot de "coopération" n'a pas le même sens en santé que partout ailleurs. Mais, même s'il s'agit de nous aspirer, puisque tel est le sens du mot coopération en santé, ne sommes-nous pas concernés par les voies et moyens ? Où est donc passée la très sainte et très chère "démocratie sanitaire" ?

Tiens, au fait, il y a quelques mois, ce n'est pas vieux, même si le Ministre de la santé a changé, Roselyne Bachelot créait elle aussi une "mission d'accompagnement" : la "Mission d'accompagnement de la réorganisation des services de chirurgie et de médecine sur le territoire"¹⁰. Il s'agissait de convaincre que les décrets portant organisation du nouveau dispositif d'autorisation de l'activité de soins "chirurgie" n'étaient pas enterrés ! La ministre "tenait à souligner que le temps donné à la réflexion et à l'explication n'était pas du "temps perdu"... En attendant tout s'est perdu, le projet de décret comme la Mission qui, sauf erreur s'est réunie une ou deux fois pour échanger sur ce qu'elle ferait et puis ne s'est plus jamais réunie. Elle ne s'est même pas déplacée une seule fois sur le terrain alors que certaines ARS¹¹ l'avaient officiellement souhaité¹² Nous n'arrêtons pas de souligner ici que la panne de ce dossier des autorisations depuis 6¹³ à 8¹⁴ ans (sauf exception comme le cancer) est nuisible au pays, car la France avait et a encore beaucoup d'avantages à tirer de son exigence d'autorisation préalable. L'expérience des pays qui n'ont pas ce préalable nous le montre tous les jours.

Dans ce contexte si attentionné pour l'hôpital public, comment s'étonner que certains soufflent sur les braises des suspicions et parfois des insultes entre les "publics" et les "privés". Il faut bien sûr tenter d'échapper au débat infantile du "qui a commencé le premier ?" Mais il faut bien le constater, les choses se dégradent. Les dernières **plaquettes de la FHF**¹⁵ sont, par exemple, des attaques en règle (ce qui pourrait à la rigueur se comprendre dans le cadre de la "concurrence"), mais les arguments sont parfois, hélas, affligeants et donc dégradants pour nous tous, hospitaliers de tous statuts¹⁶. Jusqu'à maintenant, la FHF a su ne pas proférer de telles "dénonciations", par choix politique autant que par réalisme : ce genre de dénonciations est permis aux puissants, mais il se retourne toujours contre le petit, même si le "petit" a raison. Pourvu que cette saine prudence dure ! Mais Jean-Loup Durousset a bien raison de s'inquiéter auprès du "patron des hôpitaux", le Ministre en personne¹⁷, même si on peut objecter que ce n'est pas le Ministre qui est le responsable de la "com" de la FHF. Mais on peut aussi se dire que tout cela, le fait de pouvoir affirmer n'importe quoi, souligne aussi les progrès qu'il reste à faire au niveau du Ministère, des Agences, de l'ATIH¹⁸ en particu-

lier, mais aussi des nombreux Observatoires officiels pour que l'information devienne plus objective, transparente, accessible (pourquoi Hospidiag¹⁹ est-il toujours verrouillé par la DGOS²⁰ ?).

Cette semaine une réunion avait lieu avec quelques anciens sur **l'avenir du C3P**²¹, en présence de Gérard Vincent²² et de Philippe Burnel²³. Dans le contexte qui vient d'être rappelé, les deux Fédérations n'étaient pas chaudes pour la "refondation" de ce club, lié, pour elles, à la personne de Louis Serfaty et donc logiquement amené à disparaître avec lui. Pourtant de nombreuses voix s'élèvent au contraire pour souligner que le contexte de la crise rend tout à fait souhaitable cette "refondation". Elles rappellent que ce club est parti de l'initiative de personnalités de tous bords et de tous statuts qui se retrouvaient sur une base commune : leur soutien à la "réforme Juppé". Puis, ces personnalités, fédérées par Louis Serfaty et Francis Peigné entre autres, ont considéré que ce qui les rassemblait était une commune notion du service public en matière de santé hospitalière et une vision commune des enjeux en période de crise. D'où la création du C3P, lieu de confrontation des analyses et des solutions. Le débat sur l'avenir du C3P après la disparition de Louis Serfaty a un peu tardé, mais il se justifie. Un Conseil d'Administration puis une Assemblée Générale vont, dans les prochaines semaines, décider de son devenir. C3P ou pas, on ne peut que souhaiter qu'il existe un lieu, vivant, où des acteurs du système hospitalier de tous horizons et de tous statuts confrontent, toutes casquettes laissées au vestiaire, leurs points de vue sur les enjeux communs, sur ce qui pose question, sur ce qui n'est pas pris en charge par nos Tutelles et qui devrait l'être... Ce ne devrait pas être plus difficile qu'en 1995, la solitude (pour ne pas dire le soliloque) de l'Etat et les difficultés du moment le rendent aussi nécessaire, sinon plus encore.

Court-circuiter le passage en SSPI ?

La **SFAR** (Société française d'anesthésie et de réanimation) a désormais décidé d'apporter des réponses à certaines questions "professionnelles" directement sur son site Internet²⁴.

On ne connaît pas le statut de ces réponses. Engagent-elles la société savante ? Il semble que oui. Peut-on les considérer comme des recommandations de bonnes pratiques ? Si oui, à quel niveau ? Recommandations d'experts ? Ou doit-on les considérer comme des explications d'experts sur les recommandations de la SFAR ? Des explications d'experts sur des textes réglementaires touchant à l'anesthésie (un peu comme les circulaires le sont pour les fonctionnaires en matière de textes réglementaires), mais alors, avec quelle légitimité ?

Toujours est-il que ces réponses sont diablement intéressantes. Arrêtons-nous par exemple sur la question n° 2 "**Conditions et modalités pratiques de transfert direct d'une salle interventionnelle vers une unité d'hospitalisation**". Depuis le "décret anesthésie" de 1994²⁵, il est d'opinion commune qu'en France on ne peut pas shunter la SSPI²⁶. Le "fast track"²⁷, souvent compris et réduit au shunt de la SSPI, était un sujet d'évaluation et

d'organisation réservé, semble-t-il, aux Anglo-Saxons. Or ces choix d'organisation sont lourds de conséquences en matière de sécurité, de compétences requises comme de coût des interventions chirurgicales.

Dans ce contexte, la réponse à cette question n° 2 nous apparaît comme doublement importante :

Tout d'abord elle dit qu'"il apparaît [...] possible de court-circuiter le passage en SSPI de certains opérés sans entrer en contradiction avec le texte réglementaire". Cela apparaîtra à beaucoup comme étant nouveau. La "réponse" se poursuit ainsi : "D'un point de vue technique, il est proposé que le médecin anesthésiste-réanimateur puisse prendre une décision de sortie directe du bloc opératoire vers la salle d'hospitalisation ambulatoire ou d'hospitalisation classique, si toutes les conditions suivantes sont remplies". Ces conditions sont énumérées et apparaissent tout à la fois de bon sens, très prudentes et très courantes.

Ensuite, cette publication intervient quelques jours avant la réunion des acteurs de la chirurgie ambulatoire provoquée par la DGOS pour le jeudi 3 novembre prochain. Comme on le sait, la DGOS dit depuis plusieurs mois qu'elle veut faire paraître un texte pour alléger les "normes" en chirurgie ambulatoire. Il s'agit de répondre à ce que les sociétés savantes, l'AFCA²⁸ et la SFAR en particulier, mais aussi maintenant les Fédérations demandent depuis un bon moment et qui était prévu dans les projets de décrets fondant le nouveau dispositif d'autorisation de l'activité de soins "chirurgie" : supprimer l'obligation de présence en salle de repos d'une infirmière pour 5 patients présents et supprimer la limite des 12 heures. A ce jour on ne sait pas si, mercredi prochain, la DGOS présentera à la concertation un texte abouti ou si, comme elle le fait souvent en matière de chirurgie ambulatoire, elle repoussera encore en proposant de nouveaux comités d'étude sur le sujet. Quoi qu'il en soit la "réponse" de la SFAR vient à point nommé. La SFAR dit qu'il est possible de court-circuiter la SSPI sans entrer en contradiction avec le texte réglementaire. La DGOS confirmera-t-elle cette interprétation ? Qu'en disent les juristes compétents en matière de responsabilité médicale ? Si, comme cela paraît souhaitable, la discussion s'ouvre, débouchera-t-elle sur la conclusion qu'il faut confirmer l'interprétation de la SFAR par un texte ?²⁹ Si cela est nécessaire, pourquoi, alors, ne pas profiter de ce décret "chirurgie ambulatoire" ? Il constituerait un très bon support. Va-t-on s'atteler à une rédaction plus précise du décret de 1994 ? Cela serait sans doute utile. En tout cas, en s'inspirant de cette réponse, cela paraît aisément faisable.

Sans attendre, la "réponse" de la SFAR et ses conséquences organisationnelles devraient être débattues dans tous nos blocs.

Anatomocytopathologie

L'anatomocytopathologie est toujours au centre de nos préoccupations. Elle saute de niche en niche, au gré des idées des Tutelles, mais au total elle s'enfonce, dans le public comme dans le privé. Certains "grands" hôpitaux en sont à "embaucher" des pathologistes libéraux en leur

proposant des rémunérations bien plus attractives que celles obtenues dans leur propre exercice en cabinet libéral ! Avec ça les jeunes vont être tentés de se faire libéraux ! Avec ça, comment s'étonner du renchérissement constant de l'anatomopathologie publique ? On commence à voir les meilleures formations manquer d'inscriptions : ceux qui craignaient que l'évolution actuelle ne dissuade les pathologistes de se former avaient-ils hélas raison ? Un point sur les tumorothèques a été fait cette semaine à la DGOS. Il s'avère que la moitié des prélèvements sont conservés sans l'accord des patients ! Surtout, il apparaît maintenant que la conservation pourrait se faire, dans de bonnes conditions, dans la paraffine ! Qui posera la question du bien fondé des millions d'euros de subventions qui ont été dépensés ? Qui s'attachera à la conception et à la mise en place d'un système d'organisation de l'anatomopathologie plus réaliste, moins coûteux et apportant plus de garanties quant à l'avenir du métier, de la recherche et des droits des patients ? Quand arrêtera-t-on de nous faire sauter de niche en niche (tumorothèques, plateformes biomoléculaires, double lecture, télépathologie...), de détourner les jeunes d'un cœur de métier où ils manquent de plus en plus cruellement ? Quand donnera-t-on un peu de constance et de visibilité à ce secteur dont nous dépendons tous ? Où est l'INCa ? Faudra-t-il un drame pour sortir, dans la précipitation, une "feuille de route" pour l'anatomopathologie française comme cela a été fait en son temps pour la radiothérapie ?...

Qui sont les vrais auteurs des articles scientifiques ?

Dans un de ses suppléments de week-end Le Monde signale la discussion qui enfle dans les pays anglo-saxons sur les signatures des articles médicaux. "**Un article sur cinq n'est pas correctement signé : soit des "fantômes" n'apparaissent pas comme auteurs, soit des "potiches" font office de caution honorifique sans avoir contribué aux recherches**". Le Monde signale un certain nombre d'articles récents sur le sujet, tous en anglais³⁰. Le plus récent, paru cette semaine, rappelle que l'on sait qu'il s'agit d'un problème important pour les journaux scientifiques, les chercheurs ou les institutions académiques³¹. Des études ont montré que les "potiches" sont de l'ordre de 39 % et que les "fantômes" sont de l'ordre de 11 %. Autrement dit 11 % des articles ont été écrits par des auteurs qui n'apparaissent pas parmi les signataires. Après une étude sur six revues parmi les plus importantes en 2008, cet auteur note néanmoins quelques progrès puisque les signatures "potiches" ou "fantômes" n'apparaissent plus que dans 21 % des articles alors qu'elles apparaissaient dans 29 % des articles en 1996. Ce sont les "fantômes" qui ont permis ces progrès, les "potiches" sont toujours aussi nombreux³². Mais au total ce sont bien ces résultats qui autorisent Le Monde à titrer sur "**Un article sur cinq n'est pas correctement signé**". Autrement dit les Anglo-Saxons gardent une avance sur nous en matière de lutte pour la transparence et de chasse aux liens d'intérêts³³. Peut-être ce sujet pourrait-il émerger en France ? En effet, il n'y a pas de raison de penser que nous échappons aux mêmes travers. Aborder le sujet de fond serait donc sain et participerait au maintien du niveau international de nos équipes de scientifi-

ques. Mais cela aurait aussi une autre vertu. L'important chez nous est de sortir petit à petit de la réduction du sujet des **liens d'intérêt** aux seuls rapports avec la "méchante" industrie. Le sujet des liens d'intérêt est beaucoup plus vaste, mais nombreux sont ceux qui trouvent avantages à le réduire ainsi. Cette question des signatures est importante, mais elle est sans doute politiquement moins périlleuse à aborder que d'autres. L'aborder en France permettrait de commencer à élargir un peu le sujet des liens d'intérêt dans le système de santé. Il faut donc souhaiter que ces études soient commentées en France et qu'un chercheur entreprenne chez nous le même type d'évaluation.

Parmi ce qu'il aurait fallu développer, il y a bien sûr la discussion sur le **PLFSS**³⁴ et la "**réforme du médicament**". Les discussions sont plus animées que prévu, pour cause de changement de majorité au Sénat. La réforme du système de rémunération des **pharmaciens** montre que lorsqu'on veut, on peut... Bien sûr il faut

suivre avec beaucoup d'attention la réforme du système des **dépassements d'honoraires**. Il n'est sans doute plus temps d'influer³⁵. Pourvu que les politiques soient assez lucides et courageux pour nous délivrer de ce système pervers et mortifère. Hélas il faut bien remarquer ici qu'on tombe au mauvais moment : on savait qu'à force d'attendre ce serait de plus en plus difficile, nous ne cessons de le dire depuis des années, mais c'est pire, il va falloir réformer à un moment où non seulement il n'y a plus de marges de manœuvre, y compris très probablement dans la faculté contributive des mutuelles et autres complémentaires, mais où il faut, globalement, contraindre les budgets. Il va nous falloir de vrais et grands "politiques" ! Signalons enfin la parution de deux des trois **rapports au Parlement** que le Ministère doit publier pour instruire les débats du PLFSS, celui sur la T2A³⁶ et celui sur la MIGAC³⁷ : ils sont longs et pas très drôles, mais au-delà du style souvent très convenu ils constituent une mine d'information. Leur parution chaque année est un vrai progrès.

- ¹ Le Conseil européen des chefs d'Etat et de gouvernement de la zone euro, réuni à Bruxelles, s'est achevé le 27 octobre sur un accord concernant la restructuration de la dette grecque et le Fonds européen de stabilité financière (FESF). Il s'agissait du onzième sommet en 23 mois.
- ² Cf. : Grégoire Sévan - *Europe : Les impacts directs de la crise économique et financière sur les hôpitaux européens* - Hospimedia du 28-10-2011
- ³ Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (ex. PSPH - Etablissement de santé privé participant au service public hospitalier)
- ⁴ Cf. mail UNHPC 11/587 du 30 octobre 2011
- ⁵ Fédération de l'hospitalisation privée
- ⁶ Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée
- ⁷ Conférence médicale d'établissement
- ⁸ Commission médicale d'établissement
- ⁹ "*Mandatée par le ministre et conduite par le Docteur Francis Fellingier et Frédéric Boiron, la Mission Hôpital Public est une mission de dialogue et d'accompagnement. Deux ans après l'adoption de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), une mission d'accompagnement de la réforme, dont les membres appartiennent à la communauté hospitalière, a été mandatée par le ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Son objectif : engager le dialogue avec les professionnels de terrain sur les difficultés concrètes vécues dans les hôpitaux, mais aussi envisager les solutions à y apporter à court et à moyen terme.*" Présentation de la Mission sur le site qui lui est consacré, le 24 octobre 2011 : <http://www.sante.gouv.fr/mission-hopital-public.html>
 Cette même page Internet précise le "*Le rôle de la mission*
Dans un contexte de réformes nombreuses - notamment d'organisation et de financement - l'hôpital public, confronté au défi de soigner le mieux possible l'ensemble de nos concitoyens à tout moment et au meilleur coût, semble traverser aujourd'hui une crise de valeurs. Certains professionnels redoutent une perte du sens de service public et la remise en cause de la qualité de la prise en charge médicale. La mission se propose d'engager le dialogue avec la communauté hospitalière et d'échanger sur les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des réformes mais également de valoriser et de diffuser les réussites."
 Cf. mail UNHPC 11/586 du 28 octobre 2011
- ¹⁰ Le 26 août 2010. Cf. le dossier circularisé par mail UNHPC 10/373 du 30 août 2010
- ¹¹ Agence régionale de santé
- ¹² D'autres en affirmaient la nécessité : "*Pour Claude Évin, patron de l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France, « cette mission d'accompagnement est un outil dont nous avons besoin. Il s'agit de situations complexes à aborder au cas par cas, pour faire du cousu main. Il n'y a pas de modèle reproductible ».*" Le Quotidien du Médecin du 26/08/2010.
 On pouvait lire dans le même article : "*La ministre de la Santé a justifié « cette nécessaire réorganisation » par le fait que le cadre réglementaire actuel régissant les blocs opératoires « date de plus de 50 ans » : « Il s'agit d'assurer la sécurité de l'opéré, la qualité des interventions et la pérennité des équipes médico-chirurgicales ».*"...
- ¹³ Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires
- ¹⁴ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé
- ¹⁵ Fédération hospitalière de France
- ¹⁶ Cf. parmi les "Plaquettes et supports" diffusés par la FHF :
 • "*PLFSS 2012 : pour un projet équitable*" - "*Dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, la plaquette "PLFSS 2012 : pour un projet équitable" a été envoyée aux parlementaires et aux journalistes.*" Communiqué du 26/10/2011 (<http://>

www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Communication/Plaquettes-et-supports/PLFSS-2012-pour-un-projet-equitable)

- "La FHF dénonce les mensonges des cliniques privées", communiqué FHF du 8 septembre 2011 (<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-Presse/Communiques/La-FHF-denonce-les-mensonges-des-cliniques-privées>)
 - "Hôpital public : pour en finir avec les idées reçues", communiqué et plaquette du 02 juin 2010 (<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-Presse/Communiques/Hopital-public-pour-en-finir-avec-les-idees-recues>)
- 17 "Suite à notre conversation téléphonique de samedi dernier, nous pensons comme vous qu'il est temps de mettre fin à la polémique stérile entre les cliniques privées et l'hôpital public. Je me tiens prêt de mon côté à vous rencontrer à votre convenance comme vous l'avez évoqué.
- La parution de la plaquette ci-jointe éditée par la Fédération Hospitalière de France est l'un des exemples d'une attitude inefficace et de surcroît blessante pour l'ensemble des professionnels de santé des cliniques et hôpitaux privés et pour les 8 millions de patients qui chaque année font le choix du secteur privé."
- Lettre de Jean-Loup Droussset, Président de la FHF à M. Xavier Bertrand, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé en date du 27 octobre 2011, complétée de la plaquette de la FHF "PLFSS 2012 : pour un projet équitable"
- 18 Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- 19 <http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap/une-culture-partagee-de-la-performance/loutil-hospi-diag/>
- 20 Direction générale de l'offre de soins - Ministère de la santé
- 21 Club perspectives public privé
- 22 Délégué général de la Fédération hospitalière de France
- 23 Délégué Général de la Fédération de l'hospitalisation privée
- 24 Cf. mail UNHPC 11/588 du 30 octobre 2011 ou, directement, la page concernée du site de la SFAR : <http://www.sfar.org/accueil/article/822/reponse-aux-questions-vie-professionnelle>
- 25 Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique. Ce décret fondateur faisait suite aux décrets de 1992 relatifs à la chirurgie ambulatoire et comme eux, il innovait car définissait des fonctions plus que des moyens "Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé, y compris les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, doivent assurer les garanties suivantes...". Il sera suivi du non moins fondateur arrêté "matériels et dispositifs" - Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux assurant les fonctions et actes cités aux articles D.712-43 et D.712-47 du code de la santé publique. NOR : SANH9503013A (paru au Journal Officiel du 13 octobre 1995) qui rendait obligatoires les check-lists au bloc opératoire (la FOSO : feuille d'ouverture de la salle d'opération et la check-list de prise en charge du patient opéré). Grâce à ce texte, la France devenait pionnière en matière de check-list au bloc opératoire, juste derrière les USA, et elle renouvelait les questions de l'expertise et de la responsabilité médicale au bloc opératoire.
- Tous ces textes réglementaires se caractérisaient par le fait qu'ils préjugeaient les professionnels compétents et, en conséquence, au nom de l'Etat, ils se contentaient de désigner des fonctions à remplir de façon obligatoire, les professionnels étant réputés savoir comment les remplir.
- 26 Salle de surveillance postinterventionnelle
- 27 Wikipedia donne une intéressante définition du fast track : "*Fast Track is an informal English phrase meaning "the quickest and most direct route to achievement of a goal, as in competing for professional advancement"*". Cf. : http://en.wikipedia.org/wiki/Fast_Track
- 28 Association française de chirurgie ambulatoire
- 29 La "réponse" de la SFAR dit elle-même : "*Il devient dès lors nécessaire d'entamer une réflexion sur le texte réglementaire, sur les pratiques envisageables, et de voir si des recommandations spécifiques pourraient être émises de façon à légitimer et à encadrer ces pratiques"*.
- 30 Cf. le dossier circularisé sur ce sujet aujourd'hui (mail UNHPC 11/589)
- 31 Joseph S Wislar survey research specialist, JAMA, Annette Flanagan managing deputy editor, JAMA, Phil B Fontanarosa executive editor, JAMA, Catherine D DeAngelis editor emerita, JAMA - *Honorary and ghost authorship in high impact biomedical journals: a cross sectional survey* - BMJ 2011;343:d6128 doi: 10.1136/bmj.d6128
- 32 "**What is already known on this topic**
The presence of inappropriate (honorary and ghost) authors and the associated lack of transparency and accountability is an important problem for scientific journals, researchers, and academic institutions
Studies have found the prevalence of honorary authors to be as high as 39% and prevalence of ghost authors as high as 11% in a range of biomedical journals and types of articles
What this study adds
This study suggests that, among articles published in six high impact, general medical journals in 2008, the overall prevalence of articles with honorary authorship, ghost authorship, or both, was 21.0%, a decline from 29.1% in 1996
There was no change in the prevalence of honorary authors relative to 1996, but the prevalence of ghost authorship showed a significant decline
Inappropriate authorship remains a problem in high impact biomedical publications."
- 33 Des solutions existent. Rappelons ici le premier paragraphe de l'"Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (URM)" publié et mis à jour par l'ICMJE - International Committee of Medical Journal Editors (http://www.icmje.org/ethical_1author.html)
- "An "author" is generally considered to be someone who has made substantive intellectual contributions to a published study, and biomedical authorship continues to have important academic, social, and financial implications. An author must take responsibility for at least one component of the work, should be able to identify who is responsible for each other component, and should ideally be confident in their co-authors' ability and integrity. In the past, readers were rarely provided with information about contributions to studies from persons listed as authors and in Acknowledgments. Some journals now request and publish information about the contributions of each person named as having participated in a submitted study, at least for original research. Editors are strongly encouraged to develop and implement a contributorship policy, as well as a policy on identifying who is responsible for the integrity of the work as a whole."
- Les articles de Plos Medicine cités plus haut appliquent ces règles.
- 34 Projet de loi de financement de la sécurité sociale
- 35 On lira pourtant avec intérêt tous les communiqués parus cette semaine sur le sujet, en particulier ceux des syndicats représentatifs des médecins libéraux. Cf. mail UNHPC 11/589 de ce jour
- 36 Cf. mail UNHPC 11/583 du 27 octobre 2011 - *Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité*
- 37 Cf. mail UNHPC 11/585 du 28 octobre 2011 - *Rapport 2011 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC)*

**Bonne gestion
et évaluation
des performances pour tous...**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/44

Date de parution : lundi 7 novembre 2011

Sujet : **Gestion et évaluation**

Mots types : Dette - Rigueur - Indicateurs - Rapports - Congrès des Réseaux - Rouen - L. Martin - B. Chéru - B. Couderc - V. Trillet-Lenoir - Dispositif d'annonce - CNC - Revues de morbidité

Année 2011 - p. 167/210

La Grèce a encore défrayé la chronique cette semaine. En début de semaine, le problème était apparemment réglé. Puis vint l'initiative du premier Ministre Georges Papandréou de soumettre l'accord européen du 27 octobre à référendum. Pourquoi en parler ici ? Parce que deux interprétations ont dominé cette folle semaine.

L'une était représentée par le constitutionnaliste Guy Carcassonne : *"Peut-on reprocher à un médecin de prendre l'avis de son malade lorsque, conscient qu'il est en phase terminale, il lui propose de lui administrer un remède de cheval ?"*.

L'autre considérait qu'il n'y avait pas lieu de soumettre cet accord à référendum car la chose était décidée et la Grèce avait perdu sa souveraineté. C'est cette deuxième interprétation qui a prévalu. Le propos ici n'est pas de trancher.

Constatons une fois de plus que le déficit des finances sociales est au cœur de la dette publique. Constatons aussi que les systèmes sociaux sont au cœur des sujets dits "régaliens", avec la défense et l'éducation.

Jusqu'à maintenant nos alertes sur la dette portaient sur l'impératif de productivité et sur celui de se défendre de la "financiarisation" de notre secteur, pour sauver l'avenir de nos activités. L'affaire grecque nous montre que l'enjeu est plus fort encore. Il est celui de l'exercice de la souveraineté dans un pays développé mais endetté.

Pour ce qui est de la France, cette nouvelle semaine s'ouvre sur les arbitrages qui vont être annoncés pour faire des économies de l'ordre de 6 à 8 milliards. Nous ne savons pas encore quel sera l'impact sur notre secteur. Depuis que ses prix sont bloqués, il contribue au "redressement" du pays, mais tout le monde sait que ce n'est qu'une première étape. Il est temps d'anticiper les temps nouveaux qui ont fini de s'annoncer et qui se confirment à grands pas.

En ce qui nous concerne, l'actualité était plutôt dans la continuité cette semaine.

Réglementation - Indicateurs - Rapports

Plusieurs réunions ou initiatives faisaient pourtant ressortir une inquiétude commune qui rejoint les grands problèmes que nous venons d'évoquer. Depuis des décennies

nous nous plaignons du "sous-équipement" du Ministère de la santé, en termes de capacités humaines et de compétences. D'éminents spécialistes ont écrit sur ce thème. Pratiquement tous les Ministres et leurs cabinets aussi. Par ailleurs, le fait que les fonctionnaires soient là pour "produire" est une évidence. Le turnover des fonctionnaires qui engendre l'incohérence par méconnaissance des textes déjà parus comme de leur l'histoire, tout le monde connaît.

Non, de façon paradoxale, ce qui apparaissait à beaucoup cette semaine, qu'ils soient acteurs du public, du privé ou fonctionnaires, c'est un nouvel emballage de la machine à produire. On connaissait depuis longtemps celui de la machine à produire de la réglementation¹. Il apparaît maintenant que cette inflation réglementaire se double d'une inflation de recommandations avec, à chaque fois, un impératif de produire des indicateurs et des rapports.

L'UNHPC a depuis très longtemps milité pour des indicateurs de résultat². Elle n'est donc pas suspecte d'être contre les indicateurs. Sur ce terrain, il fallait progresser.

Pourtant, aujourd'hui, comment ne pas se ranger du côté de ceux qui dénoncent les dangers du trop-plein et surtout du désordre ? L'Etat gestionnaire et régulateur se mêle de tout. On est de plus en plus souvent en pleine confusion des indicateurs de gestion interne, des indicateurs d'évaluation des politiques nationales et des indicateurs support de méthodes d'évaluation par des tiers. Leur distinction s'impose pourtant. Les établissements et bientôt les professionnels saturent. Comme pour le phénomène des normes dans l'ancienne Russie, ces exigences de l'Etat débouchent sur des effets pervers classiques, la triche et la fuite. Cette confusion, théorique autant que pratique, débouche entre autres sur un risque de dégradation du système, car un indicateur de gestion interne qui quitte le tableau de bord de l'établissement pour aller chez la Tutelle se dégrade encore plus vite qu'en interne, et c'est *in fine* à l'établissement qu'il manquera. Les espagnols, du temps de Franco, avaient trouvé la solution pour la comptabilité : ils en avaient deux, disait-on, l'officielle et la "vraie", celle qui leur servait à gérer leurs entreprises. Prenons garde de ne pas susciter ce genre de dérive.

Un seul exemple pour être concret : cette semaine, lors



de la réunion grande messe organisée par la DGOS³ (près de 70 participants) sur la chirurgie ambulatoire - où par parenthèse il ne s'est rien passé sauf à constater que derrière la phraséologie, les freins sont bien en place - toute une série d'indicateurs ont été évoqués. Rien n'est définitif heureusement, mais il est proposé, par exemple, de recueillir un taux d'hospitalisation le soir même. Indispensable en interne car cet indicateur depuis longtemps mis en œuvre dit des choses sur l'origine (grippe du gamin, comportement de consommateur des patients, ou défaut d'organisation ou défaut de sélection... ?). Mais comment croire que le recueil de cet indicateur pour envoi à la Tutelle ne suscitera pas des tentations ? Quel intérêt pour la Tutelle ? Et, en tout état de cause, qu'en fera-t-elle ?

Cette question du trop plein et du désordre vaut aussi pour l'inflation des "rapports" en tous genres qu'il faut envoyer à chaque fois qu'une bonne question est évoquée. Sans caricaturer, il est temps de se demander si l'Etat ne pourrait pas agir autrement et de façon plus efficace qu'en se croyant obligé pour chaque question évoquée, de faire une réglementation et maintenant de la doubler de multiples "références de bonnes pratiques" et d'obligations tout aussi nombreuses de publier des "indicateurs" et des "rapports" à destination des Tutelles ? Les moyens ne peuvent tenir lieu de fin.

Mais la question est aussi d'actualité pour une autre raison. L'actualité impose la "rigueur" pour échapper à la "faillite". Pour l'Etat comme dans nos entreprises, ne faudrait-il pas sortir de l'éternelle et démotivante question de savoir "comment faire des économies" pour aborder la question plus motivante de savoir "comment faire autrement" pour mieux faire⁴... Autrement dit les temps sont durs mais, si nous nous en donnons la peine, ils devraient nous permettre de poser la question de la "performance" de l'Etat, de ses Agences et de ses administrations⁵... Si on ne s'en occupe pas, la machine à produire et à exiger tout et n'importe quoi, continuera à produire, avec des fonctionnaires de plus en plus anxieux et exigeants sur le formel car pressurés, eux aussi, par les "économies" qu'on leur demande.

Le Congrès des réseaux de cancérologie

Un nouveau Congrès des réseaux de cancérologie s'est tenu cette semaine à Rouen. Pour des raisons d'organisation interne, il s'appelait **2e Congrès national des réseaux de cancérologie**, mais la tradition est maintenant bien établie.

Cette année encore, ce fut un succès. Il faut en féliciter les organisateurs et en particulier Laurent Martin, Président d'Onco-normand et l'équipe qu'il a su fédérer autour de Bernard Chéru. Ce congrès nous est indispensable. Il l'est par les séances plénières qui permettent d'aborder les grands sujets communs, et en particulier l'avenir et le financement des réseaux. Il l'est pour ses ateliers, nombreux et divers, qui nourrissent les participants par la richesse des expériences et des cas concrets qui y sont exposés et débattus.

En matière de réseaux de santé ou assimilés il y a eu le temps des militants, puis il y a eu un temps de mode.

Nous ne sommes plus à la mode. La mode est maintenant de dire que les relations ville-hôpital vont se résoudre grâce à l'hôpital (toujours la hantise de lui ramener des patients !), que les questions démographiques et de coordination du "premier recours" seront résolues par les Maisons médicales, dernière niche pour chasseurs de primes avec la télémédecine, et le concept d'infirmière coordinatrice.

Nos réseaux vivent donc un temps d'incertitude, les Tutelles les ayant très largement oubliés quand elles ne les tiennent pas en suspicion ou qu'elles ne les dépouillent pas de leurs "missions" pour suivre les nouvelles modes⁶. Pourtant, ici aussi, les faits sont têtus. Les besoins des patients et l'évolution de la médecine qui sont tous deux à l'origine des Réseaux en France comme dans tous les pays du monde, demeurent. C'est le troisième rôle de ces Congrès : ils permettent de remotiver ceux qui sont à la tâche, qui rendent service et qui préparent l'avenir.

Mais le mieux est sans doute de laisser la parole au Président Couderc. A Rouen, vendredi, il lui revenait de prononcer le discours de clôture car l'an prochain ce Congrès se tiendra à Toulouse et sera organisé par Oncomip dont il est aussi le Président⁷.

« Les réseaux passent des temps difficiles que ce soit pour la reconnaissance de leur légitimité ou leurs financements !

Si les Réseaux Régionaux de Cancérologie paraissent relativement sanctuarisés, ce n'est pas le cas des Réseaux de santé de territoires en cancérologie, souvent aussi réseaux de soins palliatifs. Un certain nombre a pourtant fait l'effort de diversifier leurs missions en devenant plurithématiques (soins palliatifs, douleur, soins de support en cancérologie, gestion des cas complexes notamment en oncogériatrie).

En cette période difficile de restrictions budgétaires, les réseaux doivent s'imposer comme des acteurs de santé incontournables en particulier sur les thèmes des trois séances plénières de ce congrès :

- les relations ville - hôpital, la coordination et les systèmes d'information ;
- le rôle des réseaux dans le recours, l'innovation et la recherche ;
- la relation patients - professionnels (avec sa dimension sciences humaines dont nous avons bien besoin, en médecine et en cancérologie en particulier).

On attend avec impatience les cahiers des charges DGOS - UNR et les fiches techniques à destination des ARS qui les mettront en œuvre "s'ils le souhaitent" comme nous l'a dit la représentante de la DGOS, Madame Naïma Barry... ce qui n'est pas fait pour nous rassurer !...

Il faudra donc beaucoup de pédagogie, de pugnacité et de qualité de persuasion vis-à-vis des équipes réseaux des ARS pour les convaincre qu'à l'heure actuelle les réseaux sont indispensables en matière de coordination, de pluridisciplinarité, d'expertise, d'animation et d'appui au premier recours et que... depuis l'expérimentation "Soubie" ... la démonstration de la nécessité de nous pé-

renniser a été faite !

Dans ce contexte difficile, c'est cependant aux réseaux eux-mêmes de faire la preuve de leur efficacité surtout en matière de gestion des cas complexes et de solutions innovantes !

Une anecdote pour terminer : le Directeur de l'ARS Midi-Pyrénées m'avait gentiment invité à le rencontrer peu après sa nomination et sa première question avait été "Ça sert à quoi un Réseau ?" !

Merci à tous.

Bon retour et, comme nous sommes en Seine Maritime, "Bon vent !"... En attendant Toulouse et le vent d'Au-tan ! »

Bon vent en effet à tous les acteurs de nos réseaux, réseaux régionaux de cancérologie, mais aussi réseaux de santé territoriaux, qu'ils soient "de cancérologie", "de soins palliatifs" ou "plurithématiques" ! Ils en ont bien besoin.

Signalons pour finir deux publications. Toutes deux ont été présentées au Congrès de Rouen.

L'évaluation de l'annonce

Tout d'abord le **Rapport de synthèse de l'évaluation de l'impact du dispositif d'annonce pour le patient atteint du cancer** publié cette semaine par la Ligue⁸ et présenté à Rouen par Philippe Bergerot dont on sait l'engagement sur ces questions, dès le début, autant alors comme Président de l'UNHPC que comme nouvel administrateur national de la Ligue.

On connaît aussi les critiques de l'UNHPC sur la façon dont a été traité ce dossier important. Le refus par nos Tutelles de procéder à de véritables évaluations (opinion et ressenti des patients)⁹ et à l'incitation vers des formations de type approche comportementale et "jeu de rôles" ; leur volonté, coûte que coûte, de passer par des systèmes de subventions pour le moins ambigus, favorisant les chasseurs de prime et les comportements de fuite (la création d'emplois d'infirmières d'annonce permettant parfois de fuir les exigences des patients concernant leurs relations avec leurs médecins)...

Cette étude a été menée à l'initiative de la Ligue en parallèle de celle menée par ailleurs par l'INCa. Les résultats de cette deuxième étude, INCa, sont eux aussi attendus avec intérêt¹⁰.

Dans les deux cas il faut remercier ici les Établissements et les professionnels qui ont bien voulu s'y soumettre. Ils nous rendent service à tous.

Cette étude nous permet en effet de fonder nos actions d'amélioration de l'annonce sur des faits concrets plus que sur des opinions, des impressions ou sur l'histoire - fut-elle dramatique - de la veille. Comme nous l'avons dit dans notre mail de transmission, les résultats présentés ici sont donc aussi nouveaux qu'intéressants, même

si beaucoup pouvaient être pressentis¹¹. Ce rapport devrait donc faire l'objet d'une étude collective dans chaque établissement, dans chaque 3C, afin d'aider à l'évaluation et à l'amélioration des pratiques concrètes de chacune de nos équipes.

Les revues de morbidité en cancérologie

La deuxième publication que nous voudrions signaler est celle du "**Guide méthodologique des revues de morbidité (RMM) en cancérologie**"¹², publié par le Conseil national de cancérologie (CNC), en partenariat avec l'INCa¹³ et la HAS¹⁴. Il a lui aussi été présenté à Rouen au Congrès des réseaux, par Véronique Trillet-Lenoir, Présidente du CNC, qui s'est personnellement beaucoup impliquée dans les travaux qui ont permis cette publication.

C'est la première publication du CNC¹⁵.

La pratique des RMM est recommandée par la HAS et est exigible pour l'autorisation des établissements de santé à traiter des patients atteints de cancer.

Nous savons que nous avons des progrès à faire sur ce sujet. Nous savons aussi que toutes les équipes qui ont promu cette approche, en France comme dans d'autres pays, comme l'Angleterre par exemple, s'en félicitent. Elle soude les équipes et facilite leur dynamique qualité-sécurité.

Le document du CNC se veut pédagogique et vient en complément du "*Guide méthodologique des Revues de mortalité et de morbidité*" publié par la HAS¹⁶. Souhaitons qu'il remplisse son rôle et qu'il aide nos équipes, en particulier celles qui sont encore peu engagées dans la démarche.

Cette première publication est le signe d'un CNC vivant, capable de fédérer les professionnels concernés et de produire à leur service. C'est important pour nous tous, particulièrement en ce moment car on se dit de plus en plus qu'il nous faut de nouveau une interprofession forte. Cela est vrai car, si cela a toujours été nécessaire, c'est à nouveau possible, les luttes pour le pouvoir et la captation de l'argent public s'estompant avec la moindre importance des Plans Cancer et, hélas, les difficultés actuelles de l'INCa. C'est aussi extrêmement important dans la perspective de la mise en place du développement professionnel continu (DPC). Là aussi les luttes de pouvoir et de captation d'argent public promettent d'être fortes, mais la formation cancérologie reste un sujet fort et la cancérologie, comme prototype d'une prise en charge complexe pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et longue doit se faire entendre. La cancérologie ne peut être absente des débats et des organisations qui s'annoncent. Et si elle veut être présente, il faut qu'elle sache à nouveau s'unir, qu'elle défende une conception de la médecine plus que telle ou telle corporation. Le CNC ne le pourra que s'il convainc tous les professionnels de sa légitimité et celle-ci ne viendra que si les professionnels le jugent utile. Cette première publication va dans ce sens. Il faut donc s'en féliciter autant que la faire connaître.

- ¹ Rappelons que le très précieux tableau de bord de Legifrance sur "*l'évolution du volume des textes*" est "*en cours de refonte*". Il y avait longtemps qu'il n'était pas tenu à jour. L'impact de la loi HPST - hôpital patient santé territoire - de 2009 n'a donc pas encore pu être mesuré. Espérons que les fonctionnaires courageux qui sont à l'origine de cet outil indispensable ne rencontrent pas trop de difficultés sur leur chemin...
Cf. : <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Statistiques-de-la-norme>
- ² Cf. par exemple notre proposition pour une "*Labellisation des réseaux en cancérologie sur la base de principes d'organisation et d'indicateurs médicaux*"... qui date de juin 2000 !
- ³ Direction générale de l'offre de soins
- ⁴ Rappelons ici la publication faite à l'issue des 12e Rencontres de l'UNHPC "*L'administration de la santé par l'Etat*". Ces travaux n'ont hélas pas vieilli... Les actes et la documentation qui leur était liée sont téléchargeables sur notre site en cours de construction www.unhpc.org
- ⁵ On sait l'exercice de l'Etat difficile... Signalons ici le film éponyme de Pierre Schoeller, actuellement dans les salles. Très bon et très intéressant.
- ⁶ Les réseaux de santé font pourtant l'objet de la plus grosse part dans l'affectation des fonds en provenance du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) : 173,6 millions d'euros sur 255, soit 68 %.
Cf. le quatrième rapport annuel du Fonds, "*Rapport d'activité 2010*" transmis au Parlement la semaine dernière. Cf. mail UNHPC 11/595 du 3 novembre 2011
- ⁷ Le prochain congrès des réseaux de cancérologie aura lieu à **Toulouse les 4 et 5 octobre 2012**. Il sera organisé par Oncomip dont le Président est le Dr Bernard Couderc, Président de l'UNHPC et Vice Président du Conseil National de Cancérologie et dont le médecin coordonnateur est le Dr Eric Bauvin, par ailleurs Président en exercice de l'ACORESCA - Association des coordonnateurs de réseaux de cancérologie. Il ne faut donc pas hésiter à bloquer d'ores et déjà la date !
- ⁸ *Evaluation de l'impact du dispositif d'annonce pour le patient atteint du cancer* - Rapport de synthèse issu de l'étude conduite par CRP Consulting en 2010 - 2011. Daté de Septembre 2011. La Ligue contre le cancer.
Cf. mail UNHPC 11/603 du 6 novembre 2011
- ⁹ Durant ces années "d'expérimentation" puis de "généralisation", hors quelques tentatives d'évaluations ponctuelles dues à des initiatives privées, nous n'avions que la précieuse étude de la DREES, faite complètement indépendamment et publiée dans le N° 486 d'Etudes et Résultats • mai 2006 • sous le titre : "*Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic*". A l'époque « *Interrogé deux ans après l'établissement du diagnostic de cancer, environ un quart des patients estime que l'annonce de leur maladie a été « trop brutale* ».
C'est notamment le cas de la minorité pour qui elle n'a pas été faite en face-à-face par un médecin. Neuf patients sur dix estiment toutefois avoir, durant ces deux ans, bénéficié d'une information médicale suffisante, même si près d'un sur deux considère qu'il n'a pas été associé au choix de son traitement. Sept patients sur dix se disent tout à fait satisfaits de leur suivi médical. En revanche, peu ont bénéficié d'un soutien psychologique, alors même que certains en ressentent le besoin. Interrogées deux ans après le diagnostic, les personnes déclarent une qualité de vie, physique et mentale, très inférieure à celle de la population générale, notamment en ce qui concerne les dimensions associées à l'état physique et à la vitalité. En revanche, la dimension « vie et relations avec les autres » semble d'une manière générale moins dégradée par la maladie. Les patients qui font l'expérience du cancer conseillent en outre souvent le dépistage à leurs proches, en appui des campagnes de prévention. »
Cf. mail UNHPC 2006/128 du 11 mai 2006
Il y avait en fait deux numéros d'Etudes et Résultats, qui se complétaient l'un l'autre, même si seul le premier donnait quelques indications sur le ressenti de l'annonce. Cf. Mail UNHC 2006/135 du 19 mai 2006 pour le n° 487 • mai 2006 • d'Etudes et Résultats : "*Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic*"
- ¹⁰ Cf. mail UNHPC 11/82 du 10 février 2011 : "*L'Institut National du Cancer a chargé l'institut BVA de réaliser une étude portant sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades par rapport au dispositif d'accompagnement qui a été mis en place*". Entre autres, 49 établissements privés étaient concernés par cette enquête d'opinion.
- ¹¹ "*L'évaluation fait ressortir quatre aspects fondateurs pour le patient de sa perception de la qualité de la prise en charge : la relation avec les professionnels de santé, l'information reçue, la place réservée aux proches et enfin une demande d'aide pour l'organisation du quotidien (tâches ménagères, vie familiale, vie professionnelle, vie sociale)*". p. 4
- ¹² Cf. mail UNHPC 11/598 du 3 novembre 2011
- ¹³ Institut national du cancer
- ¹⁴ Haute autorité de santé
- ¹⁵ Le CNC a notamment pour objet, dans le respect de l'équilibre entre les différents modes d'exercice de la cancérologie, de promouvoir et de représenter auprès des autorités compétentes et de la société civile, ce qui concerne : le développement professionnel continu, les référentiels métiers, la participation au recensement des professions concernées, la qualité de la pratique pluridisciplinaire, l'organisation et la pluridisciplinarité de la prise en charge, la validation de recommandations et référentiels de prise en charge et toute action permettant d'améliorer la prise en charge de la pathologie cancéreuse.
Cf. <http://www.conseilnationalcancerologie.fr/>
- ¹⁶ En juin 2009, outre un "*Guide méthodologique*" intitulé "*Revue de mortalité et de morbidité*", la HAS a publié tout un ensemble de documents pour aider les professionnels et les établissements à implanter ou à développer cette pratique (présentation, synthèse, modèle de procédure, aide pour l'analyse d'un cas, fiche de suivi d'action, critères de qualité d'une RMM, check-list des actions à réaliser...) Cf. mail UNHPC 2009/237 du 11 juin 2009 ou le site de la HAS <http://www.has-sante.fr>

**L'hôpital intéresse
les citoyens.
Comment leur faire mieux
connaître son organisation
et la réalité
des métiers exercés par les
professionnels de santé ?**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/45

Date de parution : lundi 14 novembre 2011

Sujet : **Connaissance de nos métiers**

Mots types : Euthanasie - Soins palliatifs - Belgique - Pays-Bas - Justice - Magistrats - Loi Léonetti - Anesthésistes - Organisation - Productivité - Infirmières - Télévision - A. Podeur - Maître Michel Guérin

Année 2011 - p. 171/210

Demandes de mort assistée en France

L'European Journal of Cancer publie une étude française sur l'évolution des demandes d'euthanasie par les patients pris en charge dans les équipes de soins palliatifs en France¹.

Il s'agit d'une étude transversale multicentrique. 783 demandes d'euthanasie ont été analysées, en provenance de 342 équipes françaises parmi les 789 interrogées. Cette étude est importante car, malgré ses limites (étude rétrospective sans possibilité de retour au dossier compte tenu de l'anonymisation, réponse sur la base de volontariat...), elle permet d'objectiver l'origine, les causes et le contexte de ces demandes.

Sur les 783 demandes d'euthanasie analysées, 476 (61 %) provenaient des patients, 258 (33 %) de proches, 42 (5 %) de l'équipe de soignants.

Les patients étaient surtout atteints de cancer (72 %) ; 68 % étaient en phase terminale.

Les patients souffraient rarement de douleurs incontrôlables (3,7 %). Par contre ils avaient des difficultés pour se nourrir (65 %), se mouvoir (54 %), faire leurs besoins (49 %) ou étaient dans un état cachectique (39 %). 31 % étaient jugés dans un état d'anxiété dépressive.

Pour 79 % d'entre eux, l'origine de leur demande ne tenait pas à leur état physique.

50 % considéraient qu'ils donnaient d'eux-mêmes une image intolérable...

Il y a eu conflit entre soignants dans 238 cas (30 %), surtout lorsque la demande émanait des proches ou de l'équipe elle-même.

Les auteurs donnent aussi des indications sur le devenir de la demande. 28 % de ces demandes ont été retirées mais 37 % ont été confirmées malgré une prise en charge palliative.

Près de 60 % des patients sont morts dans le mois qui a suivi leur demande.

L'enquête confirme notre retard en matière de directives anticipées et surtout en matière de désignation de personne de confiance.

Au total, cette étude ouvre des perspectives en termes de confirmation ou de réorientation de nos modes de prise en charge. Bien sûr la bonne prise en charge ne peut se faire qu'au cas par cas. Bien sûr les approches déontolo-

giques et éthiques ne peuvent se travailler au sein des équipes qu'en privilégiant la "casuistique". Mais les séries statistiques, les évolutions, disent aussi des choses sur les demandes, sur notre capacité à les prendre en charge, sur nos pratiques.

Cette étude nous amène aussi à nous interroger sur notre capacité réelle à tenir en interne un tableau de bord² permettant de participer à ce type d'analyse concrète et surtout de fonder, en interne et en équipe pluriprofessionnelle, nos analyses de pratiques. Celles-ci sont d'autant plus importantes que les contextes, les populations prises en charge et les cultures d'équipe diffèrent souvent d'un établissement à l'autre.

Cette étude confirme aussi que les demandes viennent en grosse majorité de questions et de souffrances relationnelles et sociétales et non, comme le dit souvent la grande presse, de questions ou de souffrances purement physiques. Sans délaissier ces dernières, le cancer nous interroge donc une fois de plus sur notre capacité à prendre en charge plus que la maladie au sens strict. Sans rien délaissier, il y a sans doute plus d'urgences et de capacités dans nos équipes à prendre en charge les questions difficiles abordées ici qu'à trouver du travail pour nos patients dans le cadre de "l'après cancer" comme il est de bon ton de nous y pousser depuis quelques temps.

On l'aura compris, cette étude, hélas en anglais, est à lire et à travailler, à méditer et à discuter.

Soins palliatifs en Belgique et aux Pays-Bas

Sur ce sujet des soins palliatifs, signalons aussi cette semaine l'intéressante étude comparative et rétrospective parue dans le **Journal of Clinical Oncology** et concernant la prise en charge de la fin de vie et les circonstances du décès des patients atteints du cancer en Belgique et aux Pays-Bas³.

Ces pays sont en avance sur nous en matière d'offre de prise en charge palliative, de support et d'accompagnement. Il est donc enrichissant pour nous de pouvoir comparer nos pratiques.

Les auteurs considèrent que le réseau des médecins de famille permet de comparer les pratiques dans ces deux



pays.

Après l'avoir fait, les auteurs appellent néanmoins à de nouveaux progrès car d'importants symptômes de détresse physique, sociale, spirituelle et morale demeurent. Ils soulignent aussi la nécessité de pouvoir mieux évaluer l'état des familles et des proches, ainsi que l'origine, les effets et les résultats des différentes approches soignantes.

Professionnels de santé et magistrats

Cette semaine est parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Justice et des Libertés une **Circulaire concernant la mise en œuvre de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie**⁴. Cette circulaire est importante à tous égards.

Elle est importante parce qu'elle nous concerne directement et qu'elle émane du garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés, ce qui est rare et donc significatif (elle est signée de la Directrice des affaires criminelles et des grâces, Maryvonne Caillibotte).

Elle est importante sur le fond car elle s'adresse aux Procureurs de la République, aux Premiers Présidents des Cours d'appel et des tribunaux de Grande instance pour leur parler de nos problèmes et de nos pratiques.

Elle est importante car elle reprend une exigence que nous avons souvent évoquée ici : celle qui consiste à développer des relations, à froid, avec les magistrats pour leur faire connaître nos métiers, nos pratiques, notre environnement et ses exigences.

C'est sur ce point que nous voudrions insister ici. Bien sûr il ne faut pas négliger le fond de cette importante circulaire. Cette circulaire ne se lit pas comme un roman plein d'humour. Elle est longue. Mais il faut la faire connaître, la lire, la travailler, sans doute, la garder pour pouvoir y avoir accès en cas de problème, certainement. Mais ce que nous voudrions souligner c'est ce qui est très bien exprimé par la circulaire elle-même : *"il est apparu nécessaire de fournir aux magistrats quelques pistes et éléments de réflexion pour le traitement judiciaire de ces affaires particulièrement délicates"*. *"L'étude de la problématique de la fin de vie a permis de rappeler et de mettre en exergue combien le rapprochement entre les magistrats et les professionnels de santé est indispensable"*⁵.

Comment ne pas se réjouir, qu'à l'occasion de l'examen de ces problèmes, les plus hautes autorités judiciaires arrivent aux mêmes conclusions que nous ? Il faut absolument mieux se connaître entre professionnels de la santé et professionnels de la justice. Dans les deux cas, il y a de la qualité de l'exercice de nos responsabilités.

On se souvient que cette exigence était apparue avec force à la fin des années 90, avec la jurisprudence dite "Sargos" à la Cour de Cassation, sur les questions d'infections au bloc opératoire et de responsabilité médicale. A l'époque, les magistrats avaient forgé ce concept surprenant d'homme (ou de femme !) propre, sans germe aucun... par méconnaissance de la réalité et des bases de l'hygiène et de l'infectiologie. Plus récemment, beaucoup se souviennent de la qualité de la conférence d'Eric de

Montgolfier, procureur à Nice, lors du Congrès National des réseaux qui s'était tenu dans cette ville en 2009⁶. Elle débouchait sur la même exigence de meilleure connaissance mutuelle, au risque de dérapages potentiellement graves pour tous. La vérité oblige à constater que nous n'avons pas pris beaucoup d'initiatives en ce sens. D'où l'intérêt de cette circulaire.

Elle donne en plus un exemple concret et simple de ce qui peut être fait en proposant en annexe la convention signée en 2008 à Besançon entre le Directeur de l'hôpital et la Procureure générale⁷ : *"Considérant qu'il existe un besoin impérieux d'information sur le cadre juridique dans lequel s'inscrit l'administration de soins aux patients dont le pronostic vital est engagé ;*

Considérant qu'il convient de dégager de bonnes pratiques pour la mise en œuvre de l'exclusion de toute obstination thérapeutique déraisonnable ;

Considérant que ces réflexions doivent être menées conjointement par les professionnels médicaux et soignants, et les autorités judiciaires, en y associant l'ensemble des interlocuteurs concernés, notamment les associations de malades.

Article 1 : Des rencontres sous forme de tables rondes seront organisées à l'initiative des signataires, avec l'appui du comité d'éthique..."

Comme le disait le Directeur des affaires criminelles et des grâces de l'époque, Jean-Marie Huet : *"Il serait opportun de pouvoir généraliser ce type d'accord sur l'ensemble du territoire et en tout état de cause, qu'une concertation étroite se noue entre l'autorité judiciaire et les centres hospitaliers de vos ressorts afin de dégager des bonnes pratiques en la matière."*⁸

Vraiment, il n'y a plus qu'à... !

Les anesthésistes dans la presse

Les anesthésistes étaient cette semaine très présents dans la presse. Pas pour commenter un scandale. Pas pour développer des positions corporatistes ou politiques. Pas pour commenter au 20 h. une innovation révolutionnaire qui trouvera peut être une application chez l'homme dans 25 ans. Non, pour expliquer quelques points caractérisant leur métier et son avenir. Les anesthésistes garderaient-ils l'avance qu'ils ont su prendre en matière d'organisation ?

Comme on le sait, ils ont été parmi les premiers à découvrir qu'il y avait un lien étroit entre compétence et organisation si l'on voulait assurer une médecine sûre et de qualité. Dans cette chronique, il est important de rappeler que les cancérologues n'étaient pas loin et qu'ils ont apporté leurs pierres spécifiques : les RCP⁹, les SOR¹⁰, les Rencontres de l'UNHPC en sont, parmi d'autres, la preuve. Mais les anesthésistes ont su aller plus loin, au moins sur un domaine, celui de l'évaluation de leurs pratiques pour en tirer des conséquences organisationnelles. Ils peuvent affirmer, preuve à l'appui, que le risque de mortalité qui était mesuré à 1/145.000 en 1999 est ainsi passé à 1/250.000 pour les ASA 1 au début des années 2000. Très peu de professions médicales ont su aller aussi loin, et de façon répétitive, dans l'évaluation des organisations en termes de résultats.

Cette semaine deux dossiers "pédagogiques" attirent l'attention par leurs qualités¹¹. Les signatures sont, pour la plupart, très connues. Le talent dans l'expression est là. Nous souffrons tous et souvent de ce que les "médiats" s'intéressent trop souvent à des sujets futiles, poussent en avant des innovations ou des inventions qui ont peu ou pas d'incidence sur la santé des lecteurs, des auditeurs ou des spectateurs. C'est donc un vrai plaisir professionnel de lire les deux "dossiers" proposés respectivement par le Quotidien du Médecin et par le Figaro. Ils n'ont rien à voir l'un avec l'autre, sauf qu'ils sont tous les deux de qualité.

Le Figaro "explique" et il le fait bien. Il le fait dans le cadre d'une rubrique intitulée par "*Le Figaro santé*" "*Des membres de la société française d'anesthésie-réanimation vous répondent. Posez vos questions sur lefigaro.fr*". Cette semaine deux questions sont traitées :

- "*Anesthésie : des patients de plus en plus âgés pris en charge - L'anesthésie générale est-elle dangereuse après un certain âge ?*"¹²
- "*A quoi sert l'échographie pour les anesthésies locorégionales ?*"¹³

Le Quotidien du Médecin propose, lui, une édition "*spécialiste*". Les titres des articles parlent d'eux-mêmes. Les contenus sont rigoureux, bien exposés, stimulants.

- "*Nouvelle responsabilité*"¹⁴
- "*Productivité et sécurité au bloc opératoire : Contradiction réelle ou apparente ?*"¹⁵. L'article est si nouveau dans les colonnes du Quotidien du Médecin, que le journaliste se perd dans son introduction en affirmant que "*l'absence de sécurité a un coût car elle est forcément improductive*". Ah, si les choses étaient si simples ! Citons donc les premières lignes de l'article, beaucoup plus solides et fondatrices : "*Il est souvent mis en avant que la santé ne peut pas être assimilée à un « produit » comme les autres. Néanmoins, son fonctionnement, qu'on le veuille ou non, répond aux mêmes exigences et contraintes que n'importe quelle autre production. La productivité n'est donc pas une fin en soi mais bien une condition intrinsèque de la survie de la structure.*"
- "*Productivité et sécurité : Les actions à mener pour progresser*"¹⁶.
- "*Dans et en dehors des centres de référence : L'organisation de l'anesthésie pédiatrique*"¹⁷.
- "*Unités de surveillance continue : Eloïse, une enquête pour analyser l'activité*"¹⁸.
- "*Agents anesthésiques inhalés : pour une bonne utilisation des halogénés*"¹⁹.
- "*Les innovations technologiques de demain : attention au couplage « numérique-pensée unique » !*"²⁰
- "*Le secret médical : des règles à la pratique*"²¹.

Du beau travail assurément. Bravo les anesthésistes !

Les infirmières "à la télé"

A propos de presse il faut sans doute noter cette semaine la longue émission que **France 5** a consacrée aux infirmières (50 minutes d'émission suivies de 50 minutes de débat), à une heure de grande écoute²². Télérama,

comme d'autres, donnait le ton : "*Les blouses blanches s'épuisent dans l'hôpital public : exigence de rentabilité, manque de moyens, patients à bout de nerfs... Pendant ce temps-là, le nombre d'infirmiers libéraux a doublé en dix ans...*"²³. Le téléspectateur averti n'aura donc pas été surpris. Dans le genre, c'était plutôt bien fait. A l'inverse de ce qui vient d'être dit sur les anesthésistes et l'attention qu'ils portent à l'organisation, on pourrait s'étendre ici sur l'absence presque totale de prise en charge de ces questions dans une émission aussi longue. Mais, dans cette chronique, cela n'apporterait pas grand-chose de nouveau. Nous ne retiendrons donc ici que trois points qui nous sont apparus comme plus significatifs.

Que ce soit durant le documentaire ou durant le débat **pas un seul mot sur les infirmières des cliniques et hôpitaux privés**. Un spectateur de nationalité étrangère n'aurait pas pu soupçonner l'existence en France de ces établissements. Même pas un mot pour critiquer ou jeter l'opprobre comme souvent ! Un gommage aussi total c'est quand même rare et significatif. Ce n'est sans doute pas productif non plus car au-delà de l'humiliation subie par les nôtres, le citoyen sait bien, lui, qu'elles existent nos infirmières, il sait qu'elles sont aussi "gentilles et dévouées" que dans l'hôpital public, il pressent qu'elles ont aussi des problèmes spécifiques et, en plus, assez souvent, il sait qu'elles sont moins payées qu'à l'hôpital. Stupide et inutilement humiliant donc, mais au combien significatif !

Annie Podeur²⁴ était là, alors que la presse annonçait que le Ministre en personne était "pressenti" pour participer au débat. On imagine un peu les coulisses. Elle était forcément dans le rôle du "méchant" à qui on demande de s'expliquer. Pas facile pour elle donc. Elle s'en est bien tirée, même si au moment où elle attirait l'attention sur le fait qu'il y avait aussi des infirmières ailleurs qu'à l'hôpital public et en ville, elle n'a cité que les SSIAD²⁵ et les maisons de retraite... Non, ce qui était révélateur et significatif pour nous, c'étaient ses commentaires sur le contenu du travail de l'infirmière, le fait qu'elle approuvait ou désapprouvait le travail de telle infirmière précise tel qu'apparu dans le reportage, son organisation concrète comme son ordonnancement. "*Elle n'est pas faite pour faire ça !*"... commentait-elle à partir d'une séquence précise sur le travail une infirmière. Imagine-t-on le numéro deux du ministère de l'industrie commentant l'ordre dans lequel l'ouvrier de Renault fait ses gestes en prenant son poste le matin ? Imagine-t-on le numéro deux du Ministère de l'agriculture donner autoritairement son avis sur la manière dont l'éleveur positionne sa machine à traire à l'heure qu'il convient ? On pourrait continuer la liste. Oui, un des enseignements de l'émission était là. Madame Podeur a su courageusement assumer de longs silences pour ne pas s'imposer lors de longues séquences affectives plus ou moins fondées sur ces "pauvres infirmières". Mais sur l'**organisation concrète du poste de travail "x" du service "y" de l'hôpital "z"**, elle se sentait légitime et elle intervenait. Voilà qui est significatif de l'organisation de notre système hospitalier. Voilà une des sources de son manque de productivité, de ses lourdeurs, de l'épuisement qu'il suscite, y compris chez les infirmières. La crise venant, voilà ce qu'il faudra réformer.

Un troisième point peut aussi être relevé ici. L'absence totale d'allusion à la crise que subit le Conseil National de l'**Ordre des Infirmiers**. Étonnant. Étonnant de la part des représentants de l'Etat : ils l'ont voulu, cet Ordre. Ils l'ont voulu, cette crise. Le sujet de savoir ce qu'est "l'indépendance"²⁶ d'une institution comme celle de l'Ordre aurait été pourtant intéressant à soulever, ou à mentionner. Même silence étonnant de la part des syndicats, apparus par ailleurs ici comme très "responsables". Est-ce à dire qu'ils se taisent parce qu'en fait ils n'en voulaient pas ? Même silence étonnant de la part des infirmières interviewées longuement dans le documentaire : oubli, méconnaissance ou censure ? Nul ne sait. Mais faire près de deux heures d'émission sur une profession en crise sans jamais évoquer une des institutions supposées être centrales dans leur "défense", voilà qui interroge.

Maître Michel Guérin

Terminons hélas sur une triste nouvelle.

Maître Michel Guérin est décédé cette semaine²⁷.

Avocat, très longtemps dans le réseau Fidal, il se dote d'une compétence "santé" au cours de plusieurs de ses affectations dans l'Ouest de la France. Cela lui vaut d'être nommé, dans les années 90, Directeur associé en charge du service société, Responsable national du département santé. A ce titre, il animait le Réseau Fidal et a contribué à former bon nombre des avocats qui aujourd'hui s'imposent par leur compétence sur notre secteur.

Michel Guérin a toujours été un ami et un conseil avisé de l'UNHPC.

Il participait régulièrement à nos Rencontres. Lorsque nous voulions ouvrir le droit coopératif aux professionnels de santé il était réticent "*vous n'allez tout de même pas confier des outils de la taille des cliniques actuelles à une agora de médecin !*". Cette réticence était gage de sérieux et de réalisme dans l'adaptation de ce droit à nos spécificités culturelles, déontologiques et organisation-

nelles. Sur notre insistance il a accepté de participer aux travaux et a finalement constitué une des chevilles ouvrières de ce chantier réussi. Il en a été de même pour les travaux initiés par la suite par l'URML²⁸ Ile de France pour créer un véritable droit de la coopération pour les réseaux de santé plurithématiques et pluriprofessionnels ; pour que la question du droit des responsabilités dans une médecine concertée soit enfin prise en charge par nos Tutelles.

Il avait raison mais n'aura, hélas, pas vu ces chantiers là aboutir. Il n'empêche, son travail reste fondateur. Il fréquentait nombre de congrès médicaux où il apprenait autant qu'il s'imposait par son autorité de compétence sur ses domaines de prédilection, le droit des sociétés et le droit des responsabilités, par son exigence déontologique, par son sens de l'écoute des réalités de la vie professionnelle et de ce qui fonde les bonnes pratiques. On ne compte plus les sociétés, cliniques, cabinets médicaux, réseaux qui vivent sur des fondements auxquels il a participé. Nous perdons un bon professionnel, un ami de nos professions et un ami de l'UNHPC.

Ceux qui le connaissaient savent qu'il s'est conduit en homme admirable durant les quatre années d'épreuves qu'il vient de subir. Au lieu de profiter d'une retraite qu'il préparait, alors qu'il s'est dévoué pour le système de santé tout au long de sa vie professionnelle, il aura donc dû en subir le pire comme bénéficiaire du meilleur, dans la spécialité qui est la nôtre. Au plus dur de ses épreuves, il a même su se transformer en patient actif et encourageant auprès d'autres patients moins solides que lui pour affronter le même mal terrifiant. Cela, sans doute, justifiait jusqu'à l'extrême, toute une vie d'engagement.

Au nom de l'UNHPC, il fallait donc lui rendre ici un hommage mérité et réexprimer à son épouse, Odile, et à tous les siens, nos condoléances sincères et nos remerciements pour ce que nous a apporté tant Michel que Maître Guérin.

- ¹ Edouard Ferrand, Jean-François Dreyfus, Mélanie Chastrusse, Françoise Ellien, François Lemaire, Marc Fischler - Evolution of requests to hasten death among patients managed by palliative care teams in France: A multicentre cross-sectional survey (DemandE) - European journal of cancer - Article in press - www.ejconline.com - Available at www.sciencedirect.com - Cf. mail UNHPC 11/616 de ce jour.
- ² Les "tables" présentées dans l'étude concernent successivement les principales caractéristiques du patient et de son environnement ; les symptômes cliniques et les perceptions du patient impliqués dans sa demande ; les soins palliatifs et de support mis en œuvre ; l'évolution de la demande.
- ³ Koen Meeussen, Lieve Van den Block, Michael A. Echteld, Nicole Boffin, Johan Bilsen, Viviane Van Casteren, Eburn Abarshi, Gé Donker, Bregje Onwuteaka-Philipsen, and Luc Deliens - End-of-Life Care and Circumstances of Death in Patients Dying As a Result of Cancer in Belgium and the Netherlands: A Retrospective Comparative Study - Journal of Clinical Oncology, volume 29, number 32, November 10, 2011. Cf. mail UNHPC 11/616 de ce jour.
- ⁴ Circulaire du 20 octobre 2011 concernant *la mise en œuvre de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et de traitement judiciaire des affaires dites de « fin de vie »* - NOR : JUSD1128836C - Bulletin Officiel du Ministère de la Justice et des Libertés - BOMJL n° 2011-10 du 31 octobre 2011
Cf. mail UNHPC 11/608 du 7 novembre 2011
- ⁵ p. 1 : "*Un certain nombre de préconisations du rapport nécessitent que soient prises des mesures réglementaires concernant d'une part, la procédure collégiale accompagnant certaines décisions d'arrêt de traitement et d'autre part, les conditions d'utilisation des antalgiques dans les arrêts de traitement des personnes cérébrolésées. Ces mesures, adoptées par décret du 29 janvier 2010, s'inscrivent dans la partie valant code de déontologie médicale du code de la santé publique.*
Parallèlement au travail d'élaboration par le gouvernement de ce nouveau texte réglementaire, il est apparu nécessaire de fournir aux magistrats quelques pistes et éléments de réflexion pour le traitement judiciaire de ces affaires particulièrement délicates.
La présente circulaire de politique pénale a donc pour double objectif d'exposer le cadre posé par la loi du 22 avril 2005 (I) et de proposer certaines pistes de réflexion pour le traitement de ces affaires particulièrement sensibles (II)."
- ⁶ 5^e Assises Nationales des réseaux de cancérologie, les 1 et 2 octobre 2009 à Nice - Eric de Montgolfier - "*La « judiciarisation » de la médecine est-elle une aide ou un obstacle au traitement optimal en cancérologie ?*"
- ⁷ Dernière page de l'annexe à la circulaire citée
- ⁸ Annexe de la circulaire : "*Note du 11 juin 2008 relative aux travaux menés au plan national sur l'évaluation de la loi sur le droit des malades et de la fin de vie.*"
- ⁹ Réunion de concertation pluridisciplinaire
- ¹⁰ Recommandations hiérarchisées sous forme de "standards - options - recommandations"
- ¹¹ Cf. mail UNHPC 11/616 de ce jour.
- ¹² La réponse est signée du Pr Frédéric Aubrun, Chef de service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital de la Croix-Rousse, Groupe hospitalier nord, Hospices civils de Lyon.
- ¹³ La réponse est signée du Pr Bernard Cholley du Service d'anesthésie-réanimation de l'Hôpital européen Georges Pompidou.
- ¹⁴ Courte présentation du Pr Kamran Samii du CHU de Toulouse
- ¹⁵ Laurent Delaunay (Clinique Générale, Annecy), Florence Plantet (Clinique Générale, Annecy), Marc Gentili (Centre Hospitalier Privé Saint-Grégoire, Rennes)
- ¹⁶ Dan Benhamou (Département d'anesthésie-réanimation, hôpitaux Universitaires Paris-Sud), Yves Auroy (service d'anesthésie-réanimation, HIA Percy, Clamart), André Lienhart (département d'anesthésie-réanimation, hôpital Saint-Antoine, Paris), René Amalberti (Haute Autorité de santé (HAS))
- ¹⁷ D'après un entretien avec le Pr Claude Ecoffey, chef du pôle anesthésie-réanimation du CHU de Rennes et vice-président de la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR).
- ¹⁸ Antoine Dalat, du Quotidien du médecin, d'après un entretien avec le Pr Claude-Denis Martin, chef du pôle anesthésie-réanimation-urgences de l'AP-HM et chef du service de réanimation polyvalente adulte du CHU Nord de Marseille.
On regrette cependant que le Quotidien du médecin ne donne pas l'adresse du site dévolu à cette importante enquête.
ELOISE : European mortality and length of intensive care unit stay evaluation - 2011-2012
A multi-centre European observational study to assess whether patients admitted to the ICUs with availability of intermediate care unit (IMCU) have lower hospital mortality than those admitted to the ICUs without availability of IMCU.
Cf. <http://eloise.esicm.org/>
- ¹⁹ Bertrand Debaene (CHU de Poitiers)
- ²⁰ Gérard Janvier (PU-PH consultant, service d'anesthésie-réanimation II, université Bordeaux-Segalen, CHU de Bordeaux, groupe hospitalier Sud, Pessac.)
- ²¹ André Lienhart (Hôpital Saint-Antoine - Paris). Cet article est rédigé avec la compétence et la clarté habituelle d'André Lienhart. Pour ceux qui veulent aller plus loin sur ce sujet du secret médical, rappelons le très bon dossier publié par la SFAR. Au-delà du code de déontologie et de ses commentaires, ce dossier est probablement indispensable : André Lienhart, pour les commissions d'éthique de la Sfar et de la Srf - Secret médical : des règles à la pratique - Mis en ligne le 19 Septembre 2010 - 33 pages, nombreux liens hypertextes - <http://www.sfar.org/article/447/secret-medical-des-regles-a-la-pratique>
- ²² France 5 Mag : *Enquête de santé - infirmières, profession en danger - le blues des infirmières*. Proposé et présenté par Marina Carrère d'Encasse et Michel Cymes. Mardi 8 novembre à 20 h. 35
- ²³ Télérama n° 235 du 5 au 11 novembre 2011, p. 122 et p. 125
- ²⁴ Directrice générale de l'offre de soins - Ministère de la santé
- ²⁵ Services de soins infirmiers à domicile
- ²⁶ Sur cette notion d'indépendance, si importante dans nos professions, on lira avec intérêt l'interview de l'ancien avocat général Philippe Bilger paru dans le Monde du dimanche 13 et lundi 14 novembre 2011, p. 9. Intéressante réflexion sur le sujet, sous forme d'entretien qui vaut beaucoup mieux que le titre provocateur choisi par Le Monde : "*M. Bilger : « M. Sarkozy est devenu une sorte de Caligula au petit pied »*"
- ²⁷ Maître Michel Guérin est décédé le 5 novembre 2011, à Versailles. La cérémonie religieuse, suivie de l'inhumation, a eu lieu à Nieul-sur-Mer, le mercredi 9 novembre, dans l'intimité familiale, selon sa volonté.
- ²⁸ Union régionale de médecins libéraux (remplacée depuis par les Unions régionales des professionnels de santé - URPS)

**Organisation,
administration,
évolution
de nos métiers,
place de l'économie,
pourquoi
tant de confusion
et de malaise ?**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/46

Date de parution : lundi 21 novembre 2011

Sujet : **Quelle image de nous !**

Mots types : Le Monde - Hôpital en réanimation - Publication - Malaise - SNPHAR-E - T2A - Gestion - Administration - Service public - Economie - Organisation - FHP - Ph. Burnel - Coopération - GCS - Anatomopathologie

Année 2011 - p. 176/210

Beaucoup d'hospitaliers se sont émus cette fin de semaine d'un article paru dans **Le Monde** au sujet du "**malaise**" des hospitaliers publics¹.

Deux réactions parmi d'autres.

Celle d'un haut fonctionnaire du Ministère de la santé commentant cet article "*Creusons, creusons le trou. Continuons de creuser, tout va bien !*"

L'autre provient d'étudiants de troisième cycle sur la gestion hospitalière qui se sont sentis heurtés par la teneur de l'article. L'une d'entre eux a griffonné plusieurs pages de notes sur cet article. Elle s'inquiète auprès de son professeur : "*Faut-il acheter le livre ? Je me dis que dans le cadre de notre cursus, il faudrait le lire, mais je n'ai pas votre capacité de recul. J'ai peur d'abîmer ma capacité de jugement en le lisant, de ne plus être capable d'y voir clair. Qu'en pensez-vous ?...*"

"L'hôpital en réanimation"

De quoi s'agit-il ? Le Monde daté de vendredi fait la part belle à un livre conçu par le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargi. Le SNPHAR-E s'était fait remarquer fin août par un communiqué vengeur pour dénoncer les formations proposées par l'ANAP pour l'utilisation de son site Hospidiag : "*Performance hospitalière : lancement officiel du lavage de cerveau*" titrait le communiqué du SNPHAR-E². Rien que ça ! On y trouvait rassemblées toute une série d'imprécations dont certaines pouvaient être justifiées, mais dans un tel mélange que le total était ridicule et donc sans portée aucune.

On comprend mieux maintenant. En fait on retrouvait dans ce communiqué les arguments qui sont développés dans un livre paru jeudi et intitulé "**L'hôpital en réanimation**"³. Il s'agit d'un livre issu d'un séminaire de réflexion organisé par le SNPHAR-E⁴. C'est un gros livre de 368 pages, denses, qui, au fil de 27 chapitres, évoque de très nombreux sujets concernant l'hôpital. Plusieurs auteurs y participent, praticiens et chercheurs y "*croisent leurs diagnostics et leurs pronostics*".

En fait c'est un peu l'auberge espagnole, chacun pourra y trouver des passages stimulants, mais beaucoup seront troublés par un ton vindicatif et vengeur qui va souvent à l'encontre de la démonstration recherchée. On est dans le style des livres de propagande qui fleurissaient chez nous dans les années trente ou ailleurs dans les années

soixante. L'affirmation vaut souvent démonstration. Tout y passe et le reste aussi, dans un salmigondis parfois contradictoire. On convoque même, figurez-vous, "*la transcendance*" ! Heureusement que "*l'homme moderne*" ne l'"*accepte plus*"⁵ nous prévient l'auteur dans un article par ailleurs souvent intéressant, mais là aussi pétri de contradictions, y compris sur ce sujet de "*la transcendance*", car enfin, on ne connaît pas beaucoup de soignants qui, se dévouant pour un miséreux, n'aient jamais éprouvé le sens d'une certaine transcendance... Mais non, au fil de la lecture on a l'impression que la transcendance qui nous veut tant de mal, c'est la T2A multiforme. Le Mal est là, il suffirait de l'abattre. Ses anges sont la gestion de type privé et l'Etat qui nous veut du mal. Il est "*sournois et malfaisant*". C'est le "*néolibéralisme qui infecte les services publics*". Il vient bien sûr de l'étranger et porte un nom, le "*New public management*".

Les auteurs "*se veulent fidèles à l'ambition de la collection, savoir pour agir en faveur du progrès social*". Voilà donc de belles et bonnes intentions. En parcourant le livre on passe de phases de curiosité à des phases d'intérêt puis à des phases d'exaspération. On en sort un peu épuisé par une logorrhée qui part dans tous les sens et finit par ne plus en avoir, sauf celui d'une défense corporative et violente d'un statut sous prétexte de "*service public*". En surfant sur Internet pour rechercher des critiques, on tombe sur celle, louangeuse, d'un organe de presse qui place sous son titre une belle phrase de Jean Jaurès : "*Le courage, c'est de chercher la vérité et de la dire, ce n'est pas de subir la loi du mensonge triomphant qui passe*"⁶. On se surprend alors à douter un peu, comme l'étudiante déjà citée : si Jean Jaurès a raison, alors il faut sans doute se méfier de ce livre, dangereux car semant la confusion au lieu de clarifier pour aider au discernement. Mais, après tout, ce n'est qu'un livre parmi d'autres...

Le Monde : "l'hôpital désorienté"

Il nous faut revenir à l'article du Monde. On n'a pas l'habitude de lire le Monde comme un journal de propagande. Lorsqu'il émet une opinion, on peut n'être pas d'accord, mais en général on ne peut nier la qualité de l'exposé. C'est même cette qualité qui fait la réputation internationale de ce journal. C'est elle qui fait aussi son influence. Alors, qu'est-ce qui a pris le Monde à se faire



le suppôt d'une pareille soupe, sans aucun recul ? Car l'article est presque une caricature du livre. C'est ça qui est inquiétant. On sait en effet que Le Monde est lu par les décideurs, que c'est un canal d'influence important. Regardons de plus près.

Le titre annonce de la première page "*Le malaise des hôpitaux face à la course à la performance*" devient sur 6 colonnes à la page 12 "*L'hôpital désorienté par la course à la rentabilité - Un ouvrage décrit les effets pervers de l'introduction de méthodes du privé sur le quotidien des soignants et patients*".

Curieux.

La "*performance*" on peut comprendre. "*La course à la rentabilité*" beaucoup moins ! Le Monde veut-il faire croire qu'il y a concurrence de marché entre établissements de santé et course au taux de profit dans les établissements publics ? Il est vrai que la DGOS essaye de faire croire à la CNIL que l'ouverture au grand public d'HospiDiag contreviendrait au "*secret commercial*" puisque cela donnerait à tous l'accès aux états financiers des établissements publics... Mais quand même ! Le Monde !

On est, dès le début, en pleine confusion. On aurait pu imaginer à la place de cet "*hôpital désorienté par la course à la rentabilité*" un "*hôpital désorienté par l'impératif d'arriver progressivement à l'équilibre de ses comptes*". Cela aurait été plus vrai. Et du coup Le Monde aurait pu s'interroger sur les difficultés rencontrées dans le changement de culture qui soumet maintenant les hôpitaux publics à une pression pour respecter le principe d'une gestion équilibrée des finances publiques. Au lieu de s'interroger sur "*les effets pervers de l'introduction de méthodes du privé sur le quotidien des soignants et patients*", il aurait pu s'interroger sur les signes encourageants d'un retour à la normale à l'hôpital et les mérites de soignants qui y contribuent malgré les difficultés.

Quant aux patients, attention de ne pas les prendre en otage de nos conflits et de nos intérêts. On sait que c'est un des grands dangers qui nous guettent dans les années à venir. On en a déjà vu quelques effets annonciateurs.

Les "méthodes du secteur privé"

L'article proprement dit débute ainsi : "*Audit, performance, management, réduction de postes : depuis plus de dix ans, les mots et les méthodes du secteur privé ont fait leur entrée à l'hôpital public. Non sans impact sur le quotidien des médecins et du personnel soignant, qui se disent désorientés.*"⁷

N'est-ce pas plutôt le fait de passer d'une période et d'une culture où on était payé de la même façon quoi qu'on fasse à une période et à une culture où l'on n'est payé que selon ce que l'on fait... qui "*désorienté*" ? Que cela désorienté on le constate tous les jours. Mais ne fallait-il pas rappeler aussi que la "*dotation globale*" était mortifère pour l'hôpital public et qu'au contraire la T2A le remet en ordre de marche, en tous les cas lui permet d'accroître son importance dans le système hospitalier, pour la première fois depuis des décennies ?

"*La tarification à l'activité, dite T2A, lancée à partir de 2004 dans les établissements, a été le ferment de la révolution hospitalière.*" "Avant, l'hôpital recevait une

« *dotation financière globale* » chaque année, quels que soient ses résultats".

Non, ...quelle que soit son "*activité*", ce n'est pas pareil. "*Désormais, son financement dépend des actes réalisés, ce qui a conduit à une course à la rentabilité*".

Curieux cette assimilation : être payé pour son travail conduirait automatiquement à "*une course à la rentabilité*".

"*Effet pervers, cette réforme a pu conduire à réaliser des soins non pertinents mais lucratifs.*"

Est-ce un donné de la nature ou s'agit-il de déviance que de sains contrôles pourraient déjouer ? Le Monde ne s'interroge pas sur ces contrôles, pourtant, devant une telle affirmation, il doit bien y avoir des systèmes de mesure se dit le lecteur non averti. Quant au "*lucratif*", pourquoi Le Monde ne signale-t-il pas que la plupart des hospitaliers en sont encore à confondre le "*chiffre d'affaires*" et le "*résultat*" : le lecteur moyen du Monde sait, lui, faire la différence. Mais le même lecteur ne peut supposer un instant que l'Hôpital ne sait même pas émettre la facture de ce qu'il produit ! Alors la rentabilité !⁸

"*En 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires a parachevé cette évolution, en renforçant le poids des directeurs d'hôpitaux et en créant les agences régionales de santé.*"

Pourquoi Le Monde n'éclaire-t-il pas son lectorat en signalant que, justement, HPST n'a pas su ou pu choisir clairement. Une part du "*malaise*" ne vient-elle pas, justement, du non-choix entre une économie administrée par des ARS qui ont tous pouvoirs, tels les Vice-Ministres des ministères techniques de la défunte URSS et une économie d'entreprises régulées par les ARS mais gérées par des Directeurs vrais, c'est-à-dire libres de leur gestion et responsables devant leur Conseil en étant révocables *ad nutum*, comme tout directeur dans la vie civile.

Le malaise

Le Monde ouvre ensuite un paragraphe sur le "*malaise*", réel, en affirmant "*cette transformation pose des questions éthiques au personnel soignant.*"

L'auteur de l'article est-elle si "*inculturée*" à notre milieu pour en prendre ses travers et qualifier de "*question éthique*" toute question technique et surtout toute question organisationnelle ? Non, l'éthique est importante chez nous, mais, heureusement, tout n'est pas de l'ordre du questionnement éthique dans l'organisation concrète de notre travail à l'hôpital. Et avant de questionner l'éthique, il y a souvent un passage par l'affirmation déontologique. Attention donc, lorsque tout devient "*éthique*", on n'est pas loin de la dictature des clercs et du totalitarisme. Le Monde est d'habitude plus prudent sur ces sujets, et il fait bien. Ici, il gobe.

Mais le malaise des médecins est réel. Ce malaise vaut interrogation et analyse. Le bouc émissaire de la T2A et des directeurs ne peut suffire, il ne peut que renforcer encore plus le malaise et développer la violence de comportements en pleine confusion⁹.

La suite du même paragraphe s'intéresse aux soignants et conclut après avoir cité une étude de la CFDT : "*De cette étude ressort aussi une grande désorganisation¹⁰ et un manque de reconnaissance. La souffrance et l'épuisement des personnels commencent à être étudiés dans les*

établissements...". Bien, mais cela se traite, cela doit se traiter car en effet on n'a jamais vu, dans quelque milieu professionnel que ce soit, une "grande désorganisation" ne pas déboucher sur "la souffrance et l'épuisement des personnels" ! Et avoir un patron qui ne peut pas jouer son rôle car tout est décidé pour lui par des bureaux lointains, autoritaires et changeants, ça n'aide pas. Ça aide d'autant moins que la fin d'année se joue plus sur la capacité à obtenir des subventions que sur la capacité à produire sous contrainte.

"Le travail n'est plus ce qu'il était"

"Le travail quotidien des médecins n'est plus ce qu'il était." Certes ! Mais au Monde il est sans doute resté ce qu'il était ? Si Le Monde a la recette, qu'il la donne. En attendant nous ne faisons ici que rejoindre la vie réelle. Le monde bouge en effet... La nostalgie ne tient pas lieu d'analyse, ni de capacité à maîtriser et à construire.

De quoi s'agit-il ? "« En chirurgie, les médecins ne disent plus "j'ai fait une belle opération", mais "j'ai obtenu 100 % en terme de remplissage du bloc opératoire" », s'indigne Nicole Smolski, qui préside le SNPHAR-E."

Faux. Connaissez-vous un hôpital à 100 % de taux de remplissage de ses salles de bloc ?

Et s'il y a des chirurgiens stupides, comme il y a des gens stupides partout, assimiler tous les chirurgiens à des gens stupides est faux, dangereux et déshonorant pour celui qui l'affirme. Et de poursuivre "« le côté humain n'est plus valorisé : on nous demande de l'acte, rentable de surcroît », ajoute-t-elle."

Là est le problème pour beaucoup. Lorsqu'on est habitué à être payé pour ce que l'on est, on trouve "déshumanisant" d'être soudain payé pour ce que l'on fait. C'est humain. Cela vaut respect, accompagnement mais pas abandon. Ou alors il faut rappeler que dans nos pays modernes, les clercs qui sont payés pour ce qu'ils sont, sont très très peu payés. La dure réalité est là. Pour un professionnel il est donc beaucoup plus "humain" d'être payé pour ce qu'il fait, sinon ça se saurait et les séminaires seraient pleins ! Quant à espérer "cependant un sursaut des pouvoirs publics au sujet de cette « déshumanisation » engendrée par les réformes", présenté comme tel, on croit rêver, ou cauchemarder. Le Monde ne s'interroge pas sur les raisons qui ont fait de professions réputées être "indépendantes" par obligation déontologique des professions si caricaturellement dépendantes des "pouvoirs publics". C'est pourtant un vrai sujet pour l'avenir de la médecine. Peut-on former à la responsabilité ? s'interrogeait déjà Bernard Glorion, angoissé, lorsqu'il était Président du Conseil de l'Ordre des Médecins...

"Pour les élections professionnelles des praticiens hospitaliers qui se dérouleront à partir du 28 novembre, tous les syndicats abordent les mêmes thèmes : les craintes pour l'avenir du service public hospitalier, la perte d'indépendance des médecins et le manque d'attractivité des postes hospitaliers comparés au privé." Le Monde ne s'interroge pas sur le fait que, justement, les jeunes désertent en masse le libéral pour choisir le salariat... à l'hôpital¹. Il ne s'interroge jamais non plus sur les médecins libéraux ou sur les cliniques, sur leurs inquiétudes face au système de rémunération mortifère

pour leurs professions et qu'on leur impose pourtant (les "dépassements"), sur le fait que les jeunes ne choisissent plus cette voie, nous l'avons dit, sur la financiarisation des cliniques qui les soumet aux impératifs de la spéculation et non plus du développement de leur métier. Il ne s'interroge pas non plus sur la meilleure productivité dans les cliniques qu'à l'hôpital, sur le fait que les patients s'y sentent mieux reconnus... 60 % de la chirurgie française, 50 % des malades du cancer, un détail... Mais peut-être le Monde consacrera-t-il un article important et de qualité sur l'avenir de la contribution des libéraux et des cliniques au service public de la santé?... Car Le Monde n'est pas un journal idéologique et il sait bien que les cliniques ne se justifient que de ce point de vue de leur contribution au service public de la santé. Elles font partie du système hospitalier.

Mais revenons à cet article-là. "Du fait de la tarification à l'activité, dans les services de réanimation, on tend à rechercher les actes qui rapportent le plus, comme la ventilation artificielle. Certaines unités ont poussé cette logique au maximum, préférant, au recrutement d'un médecin, l'embauche d'un "codeur professionnel" des actes, qui rapportera plus au service."

Etre payé pour ce que l'on fait, c'est diabolique, au sens strict. On vous l'avait dit. Si, avec ça, le lecteur du Monde n'est pas convaincu que le diable est de ce monde et qu'on l'a débusqué, que faut-il faire ? Par contre, si "certaines unités" ont maintenant des "codeurs professionnels", peut-être que les hôpitaux, comme les crémiers, sauront rapidement faire des factures justificatives de leurs services. Au milieu de l'enfer il y aurait donc des progrès qui se cachent dans le détail !

Conclusion

On en arrive à la conclusion de l'article. Heureusement, tout le monde commence à se poser des questions nous dit-on. "Même l'UMP, [...] a estimé nécessaire d'y regarder de plus près." "Les termes du bail emphytéotique de trente ans signé avec la société Eiffage¹², et plus précisément le loyer de près de 40 millions par an, sont désormais remis en question". "Pour l'hôpital public, le temps semble venu d'un bilan de l'application en France du concept de "new public management" ("nouvelle gestion publique") qui s'inspire des méthodes du privé." Le tout sur le même plan... le salmigondis toujours.

Et pourtant, en conclusion : "paradoxe, l'arrivée des outils et méthodes du privé n'a finalement pas eu pour conséquence une autonomie de gestion des établissements, mais un contrôle accru de l'Etat..." "Ce que décrivent les chercheurs, c'est l'émergence d'une nouvelle bureaucratie". Mais l'article est fini.

Vous avez compris quelque chose, vous ?

Au total, une grande confusion, quelques faits réels mais aussi beaucoup d'arguments éculés, d'arguments qui, pris un par un, ne trompent pourtant plus grand monde. Sur-tout, un manque cruel de capacité d'analyse et de recul, aucune mise en perspective.

Pourquoi alors, passer aussi longtemps sur un tel article ? Parce qu'il s'agit du Monde et que le Monde a de l'influence. Parce que les politiques sont influençables tant ces questions sont techniques et donc difficiles.

Parce qu'ils ne peuvent pas ne pas en tenir compte. Parce que le pays doit faire face à de graves problèmes de financement et que le système hospitalier contribue au développement de la dette. La misère et l'inquiétude des peuples valent donc plus de sérieux et d'attention sur les voies et moyens de la contribution du service public hospitalier à la prise en charge de leur atténuation.

Nous avons besoin d'une presse sérieuse, c'est-à-dire d'une presse qui, loin du "people" ou du support d'intérêts corporatistes, informe, éclaire le jugement, donne des points d'appui pour le discernement démocratique.

Une telle défaillance du Monde sur notre secteur est grave. Elle montre aussi que notre côté "too big to fail" renforce la puissance des conservatismes et des corporatismes, éloigne du service public et de l'intérêt général. Elle montre que le service public reste un combat, mais que les résistances sont fortes, puissantes, qu'elles se nourrissent de la confusion. Après le "*Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*"¹³ qui était un manifeste pour augmenter les impôts pour l'hôpital, en voilà une nouvelle illustration.

Il faudra revenir aux fondamentaux. Nous sommes payés par les citoyens, nous leur devons donc des comptes. Pour cela il faut mesurer ce que l'on fait, qualité, sécurité, délai. Tous les professionnels sont soumis à l'impératif de productivité, nous y sommes aussi, c'est normal. Un métier ne se développe que si ses tenants sont reconnus comme compétents. A l'inverse les métiers, même les plus utiles, dépérissent lorsqu'ils sont administrés de loin par une autorité qui ne régule que par la multiplication des normes et des règlements. Liberté d'initiative au sein de règles du jeu claires, contrôle sur les résultats et sanction des déviants, voilà ce qui marche, en sport comme dans la vie des professionnels. Le pays souffre de la dette colossale qui s'est constituée au fil des années, avec notre concours. Nous avons heureusement de grandes réserves de productivité et un peu plus d'économicité¹⁴ dans le système le fera progresser comme cela a fait progresser tous les systèmes de production dans l'histoire. L'administration de la santé¹⁵ a créé des poches de secteurs protégés et coûteux qui nous plombent. La pression administrative et la réduction de l'économie au fait de "*faire des économies*" sur les dépenses et d'"*éviter les gaspillages*" minent la vie et le moral des professionnels¹⁶. Mais les défenseurs de l'ordre établi pensent que, dans ce contexte difficile, la confusion va encore le protéger un peu. Ils sont forts et écoutés car ils instrumentalisent la souffrance des professionnels et la dégradation des prises en charges des malades. Cet article en est une preuve supplémentaire. Pour affronter les temps difficiles qui s'annoncent, il faudra donc trouver des compromis avec eux, c'est la vie, mais des compromis qui ne soient pas des compromissions. Ce sera difficile compte tenu des rapports de force. Il est temps de redoubler d'efforts et, d'abord, de clarifier, sinon, la Grèce est moins loin qu'on ne le pense.

Cette semaine deux faits auraient, entre autres, mérité d'être développés.

L'organisation interne de la FHP

Philippe Burnel, le délégué général de la FHP a quitté

son poste. Il l'a fait discrètement, dans le droit fil de ses qualités. Ses grandes qualités, justement, l'amènent à prendre des responsabilités importantes en tant que délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé. La DSSIS est placée sous l'autorité de la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, Emmanuelle Wargon. Elle a reçu pour mission la maîtrise d'ouvrage de la future politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé et du domaine médico-social. L'information devient en santé un des moyens de production indispensable à toute prise en charge et à la production de soins. Il s'agit donc bien d'un poste "stratégique" et nous ne pouvons que lui souhaiter beaucoup de réussite, tant à titre personnel que parce qu'une partie de l'avenir de nos activités en dépend.

Mais ce départ ne peut cacher notre échec collectif. Notre Fédération patronale va mal. Tout le monde le sait. Ce n'est pourtant pas le moment. On touche du doigt les limites d'un syndicalisme faible et d'un délégué plus intendant que véritable délégué, tous deux pourtant voulus par une majorité d'entre nous. On paye cher des statuts qui portaient en germe, à l'évidence, de graves dysfonctionnements. Beaucoup le constatent maintenant. Nous avons un Président bien élu. Il nous faut un délégué fort et pourvu d'une forte délégation comme d'une forte capacité d'initiative. Pour cela il nous faut une stratégie claire qui se traduise par une politique de communication cohérente et non une politique de communication qui tienne lieu de stratégie. Il nous faut des statuts permettant enfin une vraie vie fédérale. La difficulté des temps qui s'annoncent exige que nous retrouvions une capacité de proposition face à un Etat en panne d'idées pour affronter l'avenir et sauvegarder les valeurs de notre système de santé. Puissent ce départ et ces difficultés clarifier ces enjeux et hâter notre mutation !

Coopération - aspiration chez les pathologistes

La DGOS a sorti cette semaine un impressionnant ensemble de "fiches" pour aider à la mise en œuvre des GCS, outil privilégié de ce qu'elle appelle "coopération"¹⁷.

Les pathologistes ne sortent pas de leurs difficultés. Des réunions importantes ont eu lieu cette semaine à la DGOS. Apparemment on progresse. La DGOS a maintenant une claire conscience de ce que l'anatomocytopathologie n'est pas la biologie et qu'il faut bien les distinguer. La DGOS perçoit maintenant le coût faramineux des politiques menées ces dernières années, en particulier concernant les tumorothèques et les plateformes de biologie moléculaire, les écarts de rémunération. Elle perçoit les gros problèmes générés par un droit qui ne s'applique pas de la même façon selon les statuts des équipes alors qu'il est censé concerner la sécurité puisqu'il régit l'utilisation du formol. Devant l'unité des analyses de l'ensemble de la profession, tous statuts confondus, elle pourrait trouver avec elle un point d'appui pour avancer. Mais elle bloque. Elle pourrait aider l'interprofession à réfléchir et à organiser une restructuration qui apparaîtra rapidement comme une nécessité. Elle en reste à l'impératif d'une coopération qu'elle réduit, ici comme ailleurs, à une simple "aspiration" vers l'hôpital public. Comment peut-on encore penser que l'aspiration

des libéraux à l'hôpital puisse tenir lieu d'une véritable politique d'avenir pour l'anatomopathologie ? On en est pourtant encore là. Les fiches GCS n'y changeront rien, hélas.

- ¹ Laetitia Clavreul - *L'hôpital désorienté par la course à la rentabilité ; Un ouvrage décrit les effets pervers de l'introduction de méthodes du privé sur le quotidien des soignants et patients* - Le Monde du 18 novembre 2011, p. 1 et 12. Cf. mail UNHPC 11/629 de ce jour.
- ² Cf. mail UNHPC 11/470 du 29 août 2011 et www.lemonde.fr
- ³ Sous la direction de Bertrand Mas, Frédéric Pierru, Nicole Smolski, Richard Torrielli - *L'hôpital en réanimation, le sacrifice organisé d'un service public emblématique* - Editions du Croquant - Collection Savoir / Agir - 368 pages - ISBN : 978-2-36512-000-5 - 19.00 euros - <http://atheles.org/editionsducroquant/savoiraagir/lhopitalenreanimation/index.html>
4 de couverture : Nicole Smolski est médecin anesthésiste-réanimateur en chirurgie digestive et transplantation hépatique à Lyon, présidente du Syndicat national des praticiens hospitaliers - anesthésistes-réanimateurs élargi (SNPHAR-E). Bertrand Mas est médecin anesthésiste-réanimateur pédiatrique, président du groupe Pasteur Mutualité Provence-Corse-Méditerranée, vice-président du SNPHAR-E. Richard Torrielli est médecin anesthésiste-réanimateur des hôpitaux publics à Bordeaux, en unité d'anesthésie-réanimation de gynécologie-obstétrique, membre du conseil d'administration du SNPHAR-E depuis 1974. Frédéric Pierru, sociologue, est chargé de recherche au CNRS-IRISSO - Université Paris Dauphine (UMR 7170).
"Ils vous livrent les clés pour reconstituer le puzzle de la politique aujourd'hui en œuvre, qui plutôt que guérir l'hôpital d'une maladie dont il souffrirait, hâte sa disparition en lui inoculant le virus sournois et malfaisant du néolibéralisme qui infecte les services publics."
p. 9 : "Il est des rencontres qui font un livre et fondent une ambition. À l'occasion du séminaire de réflexion organisé par le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs élargi (SNPHAR-E), médecins hospitaliers, professionnels de terrain, économistes, sociologues, philosophes, ont cherché à décoder les raisons du malaise profond qui affecte aujourd'hui l'hôpital public. Nous avons décidé de livrer ici les clés de ce décryptage."
p. 282 - *Patient ou client, l'éthique médicale est-elle soluble dans la T2A ?*, Serge Duperret
"Voilà un ouvrage qui décrit les conséquences de l'introduction des méthodes managériales du néolibéralisme dans l'hôpital. Voilà un ouvrage qui montre que ces contre-réformes régressives se font contre le service public, contre les patients et même contre les médecins." *Respublica*, le journal du réseau de la Gauche républicaine, laïque, écologique et sociale - "Le courage, c'est de chercher la vérité et de la dire, ce n'est pas de subir la loi du mensonge triomphant qui passe" Jean Jaurès
Cf. : <http://www.gaucherepublicaine.org/respublica/lhopital-en-reanimation/3860>
- ⁷ Les trois lignes qui suivaient ce titre sur la une étaient beaucoup plus cohérentes que le début de l'article : "*Santé Audit, fusion, management, primes... : l'arrivée de modes de gestion du privé dans l'hôpital public a bousculé le quotidien des médecins et des personnels soignants. Les syndicats s'alarment d'une dégradation des conditions de travail et d'une prise en charge "déshumanisée" des patients.*"
- ⁸ Il a fallu les classements de Shanghai et autres pour satisfaire à une des revendications fortes de Mai 68, au siècle dernier ! : l'autonomie des Universités. Mais personne, de l'étranger, ne nous forcera à répondre à la revendication des étudiants en médecine qui demandaient en Mai 1968 à être un minimum formés à l'environnement économique social et juridique qui sera le leur ? Quant à l'autonomie des hôpitaux ! Pourquoi, devant ces contradictions le Monde ne se pose-t-il pas ces questions pour ses lecteurs ? Pourquoi ne prend-il pas un minimum de recul face à ces affirmations contradictoires ?
- ⁹ Dans l'interview qui suit l'article, à la question "*Quel bilan tirez-vous de l'arrivée des modes de gestion privée à l'hôpital public ?*", le coordonnateur du livre, Frédéric Pierru, répond que c'est la "*reprise en main par l'Etat qui heurte et désoriente les médecins*". Alors, quel est le sujet, la gestion de type privé ou l'étatisation ? Allez comprendre. D'autant plus que la colonne d'à côté, Philippe Bluat, Président du Syndicat des managers de santé publique, majoritaire chez les directeurs d'établissements, affirme que "*grâce à la tarification à l'activité (T2A), le patient et ses besoins ont été remis au centre. Résultat : l'hôpital public ne perd plus de parts de marché face au privé.*" Le lecteur aura du mal à s'y retrouver. Par ailleurs, le même Philippe Bruat affirme quelques lignes plus loin "*la vraie menace pour les hôpitaux publics, c'est le manque de médecins. Vu les différences de rémunération, il ne faut pas s'étonner que des praticiens soient attirés par le privé*", sauf que, justement, ils y vont moins que jamais et ils préfèrent le public... Pauvre lecteur du Monde !
- ¹⁰ L'article qui suit en bas de page du même numéro du Monde concerne le fait qu'"*Au Royaume-Uni, pour la première fois, un opérateur privé va gérer un hôpital public*". Cet hôpital a accumulé une dette de 45 millions d'euros. Il était payé "*essentiellement au nombre de patients traités*" et les gouvernements successifs n'ont pas réussi à le fermer. Une entreprise privée efface sa dette et en échange, se rémunérera pendant dix ans sur les résultats potentiels. Le directeur de cette société : "*Nous divisons le personnel de l'hôpital en petites unités, et chacune a la responsabilité de ses propres opérations*, explique-t-il. *C'est beaucoup plus efficace que le système administratif centralisé actuel.*" Il cite aussi les nombreuses salles d'opération de l'hôpital : "*Est-ce qu'on ne peut pas en réduire le nombre et mieux les utiliser ?*". Ils sont sans doute fous ces Anglais... Cf. Eric Albert - Envoyé spécial - Huntingdon (Royaume-Uni) - *Au Royaume-Uni, pour la première fois, un opérateur privé va gérer un hôpital public* - Le Monde du 8 novembre 2011, p. 12
- ¹¹ Sur la démographie médicale, cf. cette semaine notre mail UNHPC 11/621 du 15 novembre 2011 concernant la publication des Atlas régionaux de la démographie médicale par l'Ordre national des médecins
- ¹² Partenariat public-privé, signé en 2006 pour la construction de l'hôpital Sud-Francilien (Essonne) mais qui, manifestement, marche mal.
- ¹³ Cf. le texte intégral de ce "manifeste" en pièce jointe du mail UNHPC 11/511 du 19 septembre 2011, avec la table des matières du livre : André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru, Olivier Lyon-Caen - *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire* - Odile Jacob, paru le 15 septembre 2011, 192 pages, 12 €. ISBN 9782738126924. Cf. aussi notre chronique 11/37 du 19 septembre 2011, paragraphe "*Un "manifeste" en trompe l'œil*"
- ¹⁴ Sur la dimension économique : cf. cette semaine notre mail UNHPC 11/624 du 17 novembre 2011 le guide "*Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS*". Nouveau et important. "La HAS a souhaité expliciter le cadre de référence qui est le sien en matière d'évaluation économique. Forte de l'expérience accumulée et du travail d'approfondissement engagé sur les méthodes d'évaluation économique dans le cadre de la Commission d'évaluation économique et de santé publique, la HAS présente et partage les principes et les méthodes qu'elle adopte pour la réalisation et l'analyse d'évaluations économiques, mettant en regard les résultats attendus d'une intervention de santé avec les ressources consommées pour la produire."
- ¹⁵ Cf. cette semaine notre important mail UNHPC 11/622 du 17 novembre 2011 et son complément du 18 novembre concernant la mise en concertation du Projet de guide méthodologique pour l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)
- ¹⁶ La restructuration étant impossible, on "ennuie" les personnels qui, souvent, n'y peuvent rien.
- ¹⁷ Cf. notre mail UNHPC 11/619 du 15 novembre 2011 : la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction générale des finances publiques (DGFIP) ont mis en place un dispositif d'appui méthodologique sur les coopérations entre établissements de santé, sous forme de huit fiches techniques portant sur les différents aspects organisationnels et techniques nécessaires à la compréhension du droit en vigueur.

**Les temps nouveaux
qui s'annoncent
exigent
des initiatives
nouvelles**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/47

Date de parution : lundi 28 novembre 2011

Sujet : **Deux initiatives C3P Nanomédecine**

Mots types : C3P - Serfaty - Fédérations - Nanomédecine - Groupe Vedici - Serge Uzan - Jérôme Nouzarède - Osmo

Année 2011 - p. 181/210

L'actualité est difficile. Les temps qui s'annoncent promettent d'être durs. Les gouvernements européens tombent les uns après les autres. Le chômage, la misère et la peur de l'avenir se répandent dans tous nos vieux pays. Le réveil des peuples du rivage sud méditerranéen est chargé d'immenses espoirs mais porteurs de tant de changements qu'il inquiète aussi. En cette période électorale si importante, beaucoup se demandent si nos politiques sauront se montrer à la hauteur, dans notre secteur autant que dans d'autres. Dans ce contexte peu propice aux initiatives, cette semaine nous donne l'occasion d'en souligner deux, très différentes, modestes au regard de ces immenses problèmes, mais toutes deux bien intéressantes.

Le Club Perspectives Public-Privé

Le C3P - Club Perspectives Public-Privé - cherche à renaître. C'est la réforme Juppé qui a été à l'origine de ce club. Un petit nombre de responsables du système de santé, issus principalement de la Sécurité Sociale, de l'hospitalisation publique et de l'hospitalisation privée s'étaient retrouvés sur la base d'un soutien à la réforme Juppé¹. Ils ont ensuite décidé que ces rencontres valaient d'être prolongées et élargies. A la suite d'une rendez-vous de travail avec les Ministres Barrot² et Gaymard³, sur les marches du Ministère, constatant qu'en plus d'être intéressant et stimulant pour tous, cela pouvait être efficace, Louis Serfaty, Francis Peigné, Claude Degos, Pascal Forcioli et Alain Coulomb⁴ décident de formaliser ce club en le rendant public. Ses réunions changent de nature, elles deviennent publiques. Un club d'échanges informel et très fermé devient un club de rencontres publiques. Des statuts sont déposés en juillet 2001. Il prend le nom de C3P.

On connaît la suite. Une longévité remarquable. Toutes les personnalités marquantes de notre système de santé sont passées devant le C3P. Beaucoup parmi les Ministres y ont participé assidûment, avant leur nomination. Quelques séances mémorables, par la découverte de l'immense qualité d'hommes et de femmes se dévoilant derrière le masque des acteurs publics, la compétence, le courage et la clairvoyance de certains, le vide sidéral d'autres qui avouent être seulement sur une position de gestion de pouvoirs... Parfois du café de commerce. Par-

fois de grands moments. Très rarement la langue de bois. De nombreuses hésitations sur le sort de ce qui a été dit. La confidentialité des débats était une des conditions d'un parler libre. La qualité des interventions, parfois des propositions, nourrissait la tentation d'une publication. Louis Serfaty et Francis Peigné furent les piliers de cette longue histoire.

Mais les années passent. Les "fondateurs" vieillissent. Les réformes, parfois, n'en sont pas ou réforment moins. L'étatisation du système gagne et favorise moins le dialogue que le tripartisme. Les relations public-privé se tendent et les enjeux communs du temps de Juppé (être payé pour ce que l'on fait, être évalué sur les mêmes bases, déconcentrer, voire décentraliser le système, soumettre le budget de la sécurité sociale à discussion parlementaire...) sont considérés comme acquis (T2A⁵, accréditation-certification⁶, ARH-ARS⁷, ONDAM⁸) ou deviennent l'enjeu de nouvelles luttes de pouvoir. Les auditeurs ne se renouvellent pas suffisamment. Les nouveaux et grands problèmes peinent à être abordés. Beaucoup parmi les nouveaux leaders du public comme du privé, pensent qu'il y a plus d'avenir aux conflits publics-privés, qu'à la concertation sur des enjeux communs. Les critiques deviennent parfois acerbes (un "*club de vieux*"), mais, en même temps, ces critiques ne prennent plus au sérieux ce qui s'y passe : ce n'est pas un lieu d'enjeux de pouvoirs. Cela n'empêche pas le Club d'avoir des réunions intéressantes, mais comme il arrive à certains cafés du commerce d'organiser de bonnes soirées...

Un début de réflexion est organisé pour vérifier l'intérêt d'un tel club dans le contexte actuel et faire des propositions. L'état de tension entre les fédérations fait apparaître ces propositions comme potentiellement dangereuses, en tout cas illégitimes à leurs yeux. C'est dans ce contexte que Louis Serfaty, à qui ce Club a fini par s'identifier, décède.

Pour certains, c'est la mort du C3P, trop lié à la personnalité de Louis Serfaty⁹. Pour d'autres, il est évident que ce club doit perdurer. Mais les mois passent et la catalyse a du mal à se faire. Un Conseil d'Administration a eu lieu cette semaine, après quelques réunions informelles. Une assemblée générale est convoquée pour le 13 décembre prochain. Les Fédérations hésitent. La FEHAP¹⁰ est prête



à soutenir officiellement, ce qu'elle n'avait pas fait jusque-là. La FHP¹¹ fait un pas de deux, mais finalement soutient. La FHF¹² ne cache pas ses réticences en les justifiant par le contexte conflictuel entre le privé et le public. Leur position est importante : le C3P n'est pas leur club, elles n'en sont pas membres en tant que telles, mais elles soutiennent en participant au petit budget du Club et en abritant ses réunions¹³. Surtout, si elles s'opposaient, le Club perdrait la majeure partie de sa raison d'être.

Ce qui réunit les "fondateurs", c'est l'idée qu'au-delà des statuts et des métiers, des personnes peuvent se réunir autour d'une conception commune du service public de la santé et du système hospitalier. Cette conception trouve ses fondements dans quelques grands principes : solidarité, accessibilité, pluralisme... Comme on l'a vu, il fut un temps où l'exigence de réforme rassemblait autour de ces principes. Les questions aujourd'hui sont les mêmes qu'hier.

Le système hospitalier doit-il engager des réformes structurelles pour affronter les temps présents ?

Si oui, ses principes fondateurs peuvent-ils rester des guides autant que des points d'appui pour les imaginer et pour les mettre en place ?

Si oui, existe-t-il suffisamment de lieux où des personnalités exerçant des responsabilités dans le système hospitalier, mais provenant d'horizons divers, peuvent se retrouver pour confronter leurs analyses et leurs propositions ?

Si de tels lieux existent, alors le C3P a peu d'utilité. Dans le cas contraire, il est souhaitable que le C3P renaisse.

Si les temps à venir dépendent de notre capacité à tenir des enjeux importants dans un environnement troublé sinon hostile, alors on est presque dans l'indispensable.

Sur la forme, il faut que le C3P se rajeunisse, tout le monde en convient. Durant les mois qui viennent, il faudra donc inviter le maximum de quadras et de quinquas et constater. De deux choses l'une : ou une nouvelle génération s'engage et le pari est gagné, ou ce n'est pas le cas, et il ne servira à rien d'insister.

Sur le fond, il y a maintenant beaucoup d'organismes qui organisent des conférences avec des personnalités importantes pour l'avenir du système hospitalier ou du système de santé. Ils sont souvent financés par des sociétés puissantes. Mais les débats sont, le plus souvent, publics, ces conférences participant autant à la promotion de la personnalité invitée qu'à l'organisme invitant. Le C3P n'a d'intérêt que s'il réussit à obtenir des conférenciers une parole "vraie". Il faut donc continuer à leur garantir la confidentialité de leurs propos.

Surtout, ces conférences doivent être l'occasion d'aborder et de confronter les points de vue sur les sujets qui ne sont pas pris en charge et qui font pourtant l'avenir du système. Les fédérations craignent que le C3P soit alors tenté de faire des propositions. Elles considèrent qu'elles ont une légitimité à défendre et voient d'un mauvais œil ce qui pourrait être compris comme empiétant sur leur champ de compétence et de légitimité.

Là encore l'intuition des fondateurs reste bonne. Le but n'est pas de faire des propositions à la place des Fédérations d'établissements de santé. Le but est de confronter

les points de vue et les engagements pour faire apparaître le possible ou ses conditions. Pour cela encore, la confidentialité est requise si on veut que les casquettes restent au vestiaire. Ensuite, chacun reprend ses engagements et assume ses responsabilités. Mais le paysage en sort éclairci.

Compte tenu des positions tenues par l'UNHPC, on ne peut ici que souhaiter bonne chance et longue vie au C3P nouveau.

Nanomédecine : une initiative public-privé

Ce vendredi 25 novembre, le Groupe Vedicci organisait une "**Journée scientifique de la nanomédecine**"¹⁴. Elle a eu lieu à l'Amphithéâtre de la Faculté de médecine Pierre et Marie Curie à la Pitié Salpêtrière. Le programme scientifique était supervisé par le Pr Serge Uzan, Doyen de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie.

Cela vaut attention. Un groupe privé, un doyen de Faculté, et non des moindres, un sujet pointu, une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, un haut lieu de formation des médecins dans un des plus grands hôpitaux publics du pays, tout cela a du sens, encore plus lorsque tout est rassemblé de façon cohérente. Cela a d'autant plus de sens que cela est rare, presque unique !

On le sait, on ne peut véritablement se dire entrepreneur si on ne s'investit pas dans toutes les fonctions de l'entreprise, y compris donc la recherche. Constatons hélas, une fois encore, que c'est un des points faibles de l'hospitalisation privée. Les raisons sont multiples et les torts, s'il y en a, ne sont pas à rechercher uniquement du côté du secteur privé. Les marges qui lui sont laissées ne sont pas suffisantes et l'Etat considère trop souvent que ce domaine fait partie du domaine réservé de "son" hôpital.

En cancérologie, le taux d'inclusion dans les essais cliniques est un des critères importants et significatifs de la qualité des pratiques. Cela nous oblige, plus que dans les autres disciplines.

Lorsque l'UNHPC s'est dotée d'une structure permanente il y a 11 ans, ce dossier avait été considéré comme prioritaire avec celui de la réforme du K15. C'est ainsi que nous avons été amenés à participer à la création d'OSMO - Onco Site Management Organisation -¹⁵, avec le Dr Pierre Attali et Christian le Dorze qui était à l'époque un des responsables du Groupe Générale de Santé¹⁶. Le Dr Attali a maintenant d'autres fonctions¹⁷, mais il était justement un des orateurs de la Journée de vendredi. OSMO partait de l'idée que le nombre des patients pris en charge par nos équipes et la réactivité potentielle de ces dernières pourraient intéresser les institutions de recherche et les laboratoires. Nous avons donc pour objectif d'aider à la formation et à la motivation des équipes et de constituer une base de données des caractéristiques des patients. Cette base de données aurait permis de mettre en rapport direct et sur des bases objectives les initiateurs de programme de recherche et les équipes libérales. Le temps gagné pour le dépôt des molécules testées et une plus grande fiabilité des engagements d'inclusion devaient permettre de trouver les financements né-

cessaires. C'était une belle et bonne idée.

Malgré beaucoup d'efforts, OSMO n'a pas réussi. Les équipes qui avaient déjà une bonne pratique d'inclusion dans les essais cliniques ne s'y sont pas intéressées et n'ont pas bien vu la portée de l'enjeu collectif. Beaucoup d'équipes ont renoncé devant les difficultés. Les pouvoirs publics et la Sécurité Sociale ont considéré à tort que cela ne les concernait pas. OSMO a pourtant permis à quelques-unes de nos équipes de démarrer et de devenir des équipes de références. OSMO a donc été utile.

Puis vinrent les Plans Cancers. Ils ont tous insisté sur l'importance de ces inclusions dans les essais cliniques. Mais les hôpitaux généraux et le secteur privé ont été, à tort et contrairement aux engagements pris, délaissés. Ce ne sont pas quelques subventions pour quelques ARC partagés qui pouvaient tenir lieu de politique nationale, telle qu'annoncée. La question reste donc ouverte, car enfin, la très, très grosse majorité des patients sont toujours pris en charge dans les CH et dans les Cliniques... L'exemplarité de quelques équipes courageuses et remarquables ne peut suffire. Il faudra bien qu'un jour ces dossiers progressent. Il faudra bien qu'un jour, à l'instar du Doyen Uzan, les responsables de nos Agences, du Ministère, et des CHU et des CLCC comprennent qu'ils sortiraient grandis et non amoindris s'ils jouaient leur rôle vis-à-vis des CH et des cliniques. Sans compter les bénéfices pour les patients et pour le pays.

C'est dans ce contexte qu'intervient la Journée de Vendredi. Il faut féliciter le Doyen Uzan, Michel Bodkier, Jérôme Nouzarède, Emile Dinet et leurs équipes pour cette initiative et pour la qualité de cette journée. Ne revenons pas sur les symboles forts, déjà évoqués. Par lui-

même, le sujet est de première importance, en particulier en cancérologie. Les réalisations sont déjà nombreuses en médecine. Elles viennent en imagerie et, par son intermédiaire, en chirurgie. Elles viennent en radiothérapie avec les nanoparticules activables par rayon X et destinées à amplifier les effets de la radiothérapie sur les cellules cancéreuses. Le Pr Eric Deutsch a annoncé la prise en charge d'une première patiente cette semaine à l'Institut Gustave Roussy. Les espoirs d'un développement important sont donc fondés. Des thérapies mieux ciblées, des doses plus faibles, des effets curatifs démultipliés, des effets secondaires mieux maîtrisés car amoindris. Comment ne pas s'y intéresser, comment ne pas essayer d'y être actifs ?

Le programme était chargé et couvrait à peu près tous les sujets¹⁸. Les intervenants étaient de haut niveau et internationaux. L'approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle a permis à chacun de se cultiver, de mieux comprendre, de mieux situer les enjeux. Les actes seront publiés sur le site Internet consacré à l'événement. Il faut s'en réjouir et nous les ferons connaître¹⁹.

On était plus sur la formation, l'échange et la mise à niveau que sur la recherche. Mais, qu'un Groupe privé et qu'une Université prennent ensemble une telle initiative ne peut qu'ouvrir des perspectives prometteuses tant en formation qu'en recherche.

Il faut donc se féliciter d'une pareille Journée, remercier les organisateurs et espérer que le Groupe Vedici qui a su mettre la barre très haut sonne ainsi le réveil du privé sur un champ où il doit mieux se positionner et où il doit progresser. Bravo.

- ¹ Le « plan Juppé », projet de réforme de la Sécurité sociale, est présenté à l'Assemblée nationale le 15 novembre 1995. La loi votée le 30 décembre suivant lui permet de légiférer par ordonnances.
- ² Jacques Barrot a été Ministre du Travail et des Affaires sociales du 17 mai au 7 novembre 1995, puis Ministre du Travail, du Dialogue social et de la Participation jusqu'au 2 juin 1997, dans les gouvernements 1 et 2 d'Alain Juppé, sous la Présidence de Jacques Chirac.
- ³ Hervé Gaymard a été Secrétaire d'État auprès du ministre du Travail et des Affaires sociales, chargé de la Santé et de la Sécurité sociale du 8 novembre 1995 au 3 juin 1997, dans le deuxième Gouvernement d'Alain Juppé.
- ⁴ Leurs organisations d'origine et les responsabilités qu'ils y exerçaient étaient significatives : la FIEHP (Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée), l'INPH (Intersyndicale nationale des praticiens hospitaliers), le SNAM-HP (Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics), le CH-FO (Syndicat des cadres hospitaliers Force Ouvrière), l'UHP (Union hospitalière privée)
- ⁵ Tarification à l'activité
- ⁶ De l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, à légitimité interprofessionnelle), puis de la HAS (Haute autorité de santé, à légitimité politique)
- ⁷ Agence régionale de l'hospitalisation, puis Agence régionale de santé
- ⁸ Objectif national de dépenses d'assurance maladie
- ⁹ Le Docteur Louis Serfaty a été Président de la FIEHP de 1984 au 30 novembre 1999. Il est décédé le jeudi 23 décembre 2010. Nous lui avions rendu hommage en lui consacrant notre chronique 10/52 du lundi 27 décembre 2010 : *"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"*. Le Docteur Serfaty, entre autres, avait toujours soutenu l'UNHPC.
- ¹⁰ Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratif
- ¹¹ Fédération de l'hospitalisation privée
- ¹² Fédération hospitalière de France
- ¹³ Depuis de nombreuses années les réunions se tiennent alternativement à la FHP et à la FHF
- ¹⁴ Cf. Présentation - Programme - Intervenants - Partenaires - Point Presse sur le site ouvert pour cet événement : <http://www.nanomedicine-day.com>
- ¹⁵ Avril 2000
- ¹⁶ Le Comité Scientifique d'OSMO était composé de Moïse Namer, E. Chevillon, D. Khayat, C. Le Dorze, D. Serin, M. Spielmann, J. Y. Bobin
- ¹⁷ Le Dr Pierre Attali est maintenant Directeur Général Délégué à la Stratégie et aux Affaires Médicales au Laboratoire BioAlliance Pharma
- ¹⁸ Cette journée a permis d'entendre :
- Serge Uzan, Doyen de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie : Nanomédecine dans les facultés de médecine
- Robert Plana, Directeur Scientifique - Direction Générale de la Recherche et de l'Innovation ; Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ; Chef du secteur Mathématiques-Physique-Nanotechnologies-Sciences de l'Information et de la Communication : Orientations de l'Etat en matière de nanomédecine
- Laurent Levy, Président du Directoire Nanobiotix : De la nanotechnologie à la nanomédecine..., familiarisation avec les "nanoconcepts"
- Warren Chan, Professeur à l'Université de Toronto - Canada : Perspectives en nanomédecine, la lecture de l'expert du New England Journal of Medicine
- Ophir Shahaf, Président Directeur Général Hadasit Bio-Holdings Ltd, Jérusalem - Israël : Modèle de valorisation de la recherche en santé
- François Berger, Professeur de Biologie Cellulaire et Oncologie (Clinatec) CHU Grenoble : Modèle de valorisation de la technologie en santé
- Patrick Boisseau, Responsable Programme Nanomédecine Commissariat à l'énergie Atomique et aux Energies Alternatives (CEA), Saclay : Imagerie moléculaire avancée à base de nanoparticules
- Pr Elias Fatal, CNRS, Université Paris 11 : Médicaments nanoparticulaires pour l'administration ciblée des médicaments
- Pr Laurent Zelek, Oncologie Médicale CHU Avicenne Bobigny : Chimiothérapie moderne à base de nanoparticules : modèle dans le cancer du sein
- Pr Eric Deutsch, Oncologie Radiothérapie Institut Gustave Roussy, Villejuif : Nanoparticules activables, un nouveau mode d'action (nanoXray)
- Pr Dan Peer, Chef du Laboratoire de Nanomédecine / Département de Recherche cellulaire et d'immunologie Université Tel Aviv - Israël : Nouveau paradigme thérapeutique à base de nanomédicament
- Jorge Boczkowski, Directeur de Recherche Inserm U955, Créteil : Mécanismes fondamentaux de la toxicologie des nanoparticules
- Pierre Attali, Directeur Général Délégué à la Stratégie et aux Affaires Médicales, Laboratoire BioAlliance Pharma : Vision du clinicien
- Louis Laurent, Directeur Campus Paris Saclay : Imaginaire et Nanomédecine
- Alain Grimfeld, Président du Comité National Consultatif d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé : Éthique et Nanomédecine
- François Lokiec, Thomas Similowski, Marc Spielmann, Olivier Tillement...
- ¹⁹ Si on veut aller plus loin, on consultera avec intérêt, entre autres, parmi les documents que nous avons diffusés :
- le site américain du NCI : <http://www.nano.cancer.gov/>
 - le site du CNRS, nanosciences et santé : <http://www.cnrs.fr/cw/dossiers/dosnano/>
 - le livre Nanotechnology and Oncology - Workshop Summary, livre publié par l'Institute of Medicine (cf. notre mail UNHPC 11/113 du 26 février 2011)
 - les travaux du symposium organisé par l'INCa et les instituts « Cancer » et « Technologies pour la santé » de l'INSERM et qui avait pour objectif d'accélérer le transfert des nanotechnologies au diagnostic, au pronostic et au traitement des cancers. Cf. mail UNHPC 09/420 du 6 octobre 2009
 - le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) : Nanotechnologies et santé publique. Cf. mail UNHPC 09/18 du 22 janvier 2009
 - l'avis N° 96 du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé : Questions éthiques posées par les nanosciences, les nanotechnologies et la santé. Cf. mail UNHPC 07/78 du 6 mars 2007

**Comment
les candidats
à la Présidentielle voient-ils
l'avenir
du système de santé ?**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/48

Date de parution : lundi 5 décembre 2011

Sujet : **Brèves d'actualité - Elections**

Mots types : FHF - Hôpital public - F. Valletoux - Filières - Cl. Evin - Chirurgie ambulatoire - DREES - Parts de marché - Etudes et Résultats - Collège des DARS - Conflits d'intérêts - FSM - Déclaration - Le Bloc - Ph. Cuq - J. M. Le Guen - Ph. Juvin - Programme - Elections Présidentielles - Grève - SNCF

Année 2011 - p. 185/210

Le public et le privé

Lors de la journée d'automne de la FHF¹ Ile-de-France, le président de la Fédération hospitalière de France, Frédéric Valletoux, demande aux Agences régionales de santé d'aider prioritairement les hôpitaux publics². *"Le public et le privé ne remplissent pas les mêmes missions, ils n'accueillent pas les mêmes patients, et ils ne sont pas soumis aux mêmes charges"*. Entre autres conséquences, *"le FIR³ ne doit pas servir à financer le secteur commercial"*. La plateforme que dévoilera la FHF mi-décembre *"permettra de remettre les pendules à l'heure"*. *"Seuls les établissements publics sont légitimes pour garantir la pérennité des missions de service public"*.

N'y a-t-il que la bêtise et le racisme pour se faire connaître et s'imposer à la tête du plus puissant lobby de France ? Inquiétant, à l'heure où il faudrait, en effet, *"remettre les pendules à l'heure"* et, de surcroît, se serrer les coudes autour d'une vision commune du service public hospitalier, car la météo nous annonce quand même une gigantesque dépression...

Filières et libre choix

"La place du privé est devenue incontournable dans tous nos territoires, notamment en chirurgie. Regardons la réalité en face". C'est ce qu'a répondu, lors du même colloque, Claude Evin, directeur de l'ARS Ile de France et ancien Président de la FHF à l'affirmation de Frédéric Valletoux. Ouf !

Selon le même article du Quotidien, Claude Evin a aussi précisé *"qu'à ses yeux de directeur d'ARS, l'hospitalocentrisme, "réflexe de l'ancien temps", a vécu. L'hôpital doit changer de « paradigme ». C'est-à-dire sortir de son isolement - « Les établissements ne peuvent répondre isolément aux besoins. Il est nécessaire de créer des filières lisibles et sécurisées intégrant le médicosocial et l'ambulatoire ». Et maîtriser ses dépenses, puisqu'en Ile-de-France, « le pari sur la croissance d'activité n'est pas porteur ». « La collectivité n'a plus les moyens de soutenir les établissements en difficulté comme par le passé »"*.

On sait que le dossier de la coopération est en panne de-

puis plusieurs années, la DGOS⁴ s'évertuant à peaufiner un GCS⁵ qui a surtout pour but d'aspirer vers l'hôpital et non de coopérer. Mais on voit depuis plusieurs mois la mode s'incurver sous la pression de la FHF. La mode passe de plus en plus de la pseudo "coopération" à celle de la "filière". Ne nous voilons pas la face, la "filière" ainsi entendue est une captation purement commerciale des patients. Je l'ai accroché, il m'appartient, je ne le lâche plus.

Les propos de Claude Evin, tels que rapportés par le Quotidien, sont donc ambigus. On pourrait en effet les interpréter comme à la FHF en restant purement sur le "commercial". Puisqu'on ne peut revenir à l'équilibre par croissance d'activité (pourquoi ?... Sinon parce que les ARS sont, dans le secteur public, incapables de restructurer en fonction des évolutions d'activité), il conviendrait de se refaire une santé en créant et en contrôlant *"des filières lisibles et sécurisées intégrant le médicosocial et l'ambulatoire"*. Non, cette tentation du monopole aspirateur et d'une défense de la "propriété des patients" n'est pas saine. Il ne serait pas plus sain que le privé se lance lui aussi dans cette voie. De plus, il n'aurait pas grande chance d'y trouver le succès car il se verrait rappeler, lui, que la médecine n'est pas un commerce. Ce qui est permis au puissant serait réprimé chez le "petit" s'il s'y risquait.

Une fois de plus la question devrait être traitée du point de vue des besoins du système et du patient. C'est l'approche "épisode de soins" qui devrait alors nous guider. On n'a jamais voulu en France aller jusqu'au bout de la logique des réseaux ou des HMO⁶ à l'américaine. Le libre choix du patient doit être préservé et donc la concurrence de l'offre, mais d'une offre intégrée, et pourquoi pas *"intégrant le médicosocial et l'ambulatoire"*. C'est différent. On n'a pas voulu s'y pencher à froid. Il se peut que la dépression qui vient nous y oblige dans l'urgence. Il y a donc urgence à proposer des alternatives aux "filières" de la FHF.

Chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire suscite beaucoup de réunions en ce moment. C'est bien. La HAS⁷ a réuni les correspondants "performance" afin de les sensibiliser. Certains découvriraient⁸. C'est étonnant, 20 ans après, mais il vaut



mieux tard que jamais. On a parfois la même impression ailleurs. Les ARS continuent leurs réunions régionales. Lyon, Montpellier⁹, Marseille¹⁰... Le "public" se réveille". Tant mieux. Le "privé" est à la traîne¹¹. Cela se voit sur les opérations un peu plus "qualifiées" qui sont maintenant développées dans les CH¹² et dans les CHU¹³ plus que dans les cliniques. Même si les taux sont très faibles, il y a là un signe¹⁴... Cela se voit au niveau des conférenciers : ils étaient majoritairement privés libéraux, ils sont maintenant presque exclusivement "publics".

Mais la concurrence va dynamiser tout le monde et le privé va s'y remettre, c'est sûr...

Parts de marché

Une fois n'est pas coutume, mais nous reproduisons ici l'intégralité de la conclusion du numéro d'**Études et Résultats** sur les parts de marché que nous venons de citer¹⁵. Elle parle d'elle-même. Il n'y a rien à rajouter. Si peut-être, regretter qu'il n'y ait rien sur la cancérologie. Mais nous savons que l'ancienne direction de l'INCa¹⁶ a obtenu ce qu'elle voulait en oncologie médicale par exemple, avec un recul de l'ordre de 10 % de part de marché. C'est un des fruits du refus obstiné de prendre en charge les problèmes de l'oncologie médicale. Nous ne pouvons donc qu'encourager nos lecteurs à lire l'intégralité de cette étude et à être proactifs :

"Sur la période 2005-2009, la part de marché du secteur public a donc augmenté au détriment des cliniques privées.

Cette progression, à la fois due à une hausse du nombre de séjours et à un déplacement de la consommation vers des séjours davantage valorisés, se concentre sur les disciplines chirurgicales et obstétricales.

Évolution des pratiques, recommandations professionnelles, restructurations, contraintes administratives, nouveaux positionnements des établissements publics, progrès de ces derniers dans la prise en charge en ambulatoire, ... l'analyse de quelques pathologies à un niveau fin montre que les raisons du repli du secteur privé peuvent être multiples.

Une autre des explications potentielles peut provenir du codage du PMSI¹⁷. La montée en puissance de la T2A¹⁸ a en effet fait du codage un enjeu essentiel, ce qui a pu pousser les établissements publics à s'améliorer dans ce domaine et à combler ainsi leur temps de retard par rapport aux cliniques privées.

Il sera quoi qu'il en soit intéressant de suivre l'évolution de ces parts de marché sectorielles dans les années à venir, afin d'observer si la tendance actuelle se poursuit ou non."

Un collège des DARS

Le Quotidien du Médecin¹⁹ le confirme. Les 26 directeurs généraux d'Agence régionale de santé (ARS) ont décidé de se regrouper au sein d'un collège. *"Les patrons d'ARS organisent leur représentativité vis-à-vis des ministères, de l'assurance-maladie, de la CNSA²⁰ et de l'État. Surtout, le collège a prévu de se réunir une*

fois par mois pour échanger sur des thématiques communes : l'élaboration des projets régionaux de santé, le développement des contrats d'engagement de service public pour les internes, les conditions de mise en œuvre de la permanence des soins ambulatoires et hospitaliers".

On se souvient que les directeurs d'ARH²¹, au tout début, s'étaient réunis au sein d'une Conférence nationale. Ils avaient même l'outrecuidance de se réunir entre eux, parfois sans inviter la DH²². Ils décidaient de leur ordre du jour. Ils travaillaient sur des thèmes d'intérêt commun et invitaient des personnalités extérieures à participer à leurs travaux et à leurs réflexions. Ceux qui ont pu y participer étaient frappés par la liberté de ton qui y régnait, leur réalisme quant à la réalité du terrain, leur sens du service public et, en conséquence, par la qualité de ces échanges. Puis la DH a repris le contrôle, le sens de la hiérarchie a clos cette phase créative...

On remarque que ce Bureau n'est pas dominé par "la préfectorale"²³. Il se peut donc qu'on y parle moins des questions sérieuses de l'ordre de préséance dans les cérémonies officielles ou de la plaque minéralogique coupe-file que des thèmes relevés par le Quotidien. C'est le vœu qu'il faut former ici, en félicitant les heureux élus !

Conflits d'intérêts

La question des conflits d'intérêts est toujours d'actualité. C'est tant mieux, même si on constate souvent que les progrès sont lents. On parle hélas encore trop souvent de déclarations de "conflits d'intérêts" en lieu et place de déclarations de "liens d'intérêts" par exemple, ce qui montre que le sujet n'est pas clairement compris.

La FSM²⁴ propose un formulaire type de "déclaration d'intérêts"²⁵. Comme le souligne depuis longtemps le Conseil national de l'ordre, il faudra bien un jour unifier un minimum ces "déclarations". La proposition de la FSM va dans ce sens. Mais elle frappe aussi par sa complexité. Il s'agit, comme elle le dit, d'un véritable curriculum vitae. Il faudra former les étudiants à tout noter, toujours, car s'il faut aller aussi loin, il sera impossible de se souvenir de tout...

Plusieurs nominations d'experts viennent d'être contestées pour suspicion de liens d'intérêt dans le cadre de la réorganisation de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) en nouvelle agence du médicament²⁶. C'est l'affaire du Mediator qui continue.

FORQUAL créé des prix pour distinguer la qualité des congrès médicaux. Le signalement des liens d'intérêt n'est pas encore pris en compte, mais il le sera²⁷.

Dans le cadre de la **réforme du médicament**, Xavier Bertrand, ayant estimé que les sénateurs avaient adopté des mesures beaucoup trop restrictives, amenant à "confondre liens d'intérêts et conflit d'intérêts", les députés sont revenus en partie sur les exigences imposées par les sénateurs. Il n'empêche, 14 agences sont concernées. On progresse donc quand même, même si, comme le souligne Gérard Bapt, le respect des règles déontologiques

dépendra toujours, comme actuellement, "de la culture et de l'éthique personnelles des dirigeants".

Chaque Agence devra constituer une "**Commission d'éthique**" qui devra "*contrôler la véracité des informations délivrées dans la déclaration d'intérêts*". On serait donc plutôt dans la déontologie. De plus, ça fait beaucoup de commissions et il faudra coordonner les décisions pour les cas où une même personnalité se trouverait dans les commissions de deux Agences, sinon, en cas d'appréciation différente, cela risque de faire désordre.

L'Institut de veille sanitaire (**InVS**) a lancé cette semaine sur son site internet un appel à candidatures en vue de la constitution de son comité d'éthique et de déontologie. Très bien. Mais lorsqu'on apprend que ce comité comprendra neuf membres qui sont nommés par le conseil d'administration, sur proposition du directeur général, on peut être surpris... de la création d'un tel "lien d'intérêt" !

En ce qui concerne les **parlementaires** eux-mêmes, le projet de loi les concernant fait débat. C'est mieux que s'il était passé complètement aux oubliettes comme le craignent certains commentateurs. Les députés se battent sur le fait de savoir s'il faudra ou non déclarer leur patrimoine. Pour certains ce serait du "*voyeurisme*"²⁸. On se dit que les sujets qui devraient faire débat en ce qui les concerne sont nombreux. Il est encore loin le temps où les liens avec la FHF et les autres Fédérations d'établissements (beaucoup moins nombreux il est vrai) devront être déclarés, en particulier pour les membres de la Commission des affaires sociales et de la Commission des finances... Un débat aussi difficile qu'important pour la condition féminine les attend cette semaine. Estimant que la prostitution est une forme d'exploitation sexuelle, une résolution parlementaire proposant de "*responsabiliser*" le client devrait être discutée cette semaine²⁹. Compte tenu de l'actualité nauséabonde sur le sujet, faut-il, en préalable, soumettre nos élus à déclaration d'intérêt préalable ou réserver le vote aux élus ? Délicat... mais décidément la question ne concerne vraiment pas que les laboratoires pharmaceutiques comme beaucoup le voudraient...

Le programme des candidats à la présidentielle

Le Bloc³⁰ proposait ce vendredi 2 décembre un débat sur le thème "*Vous êtes candidat à l'élection de la Présidence de la République. Que proposez-vous ?*" Intéressant et, à notre connaissance, première réunion de ce type proposée pour la prochaine échéance. La question de savoir si la santé figurera ou ne figurera pas en bonne place dans les débats de la présidentielle est une bonne question³¹. Et si l'on va vers un plan national de redressement de quelque 100 milliards comment fera-t-on s'il faut trouver chez nous quelque 10 milliards ? Comment ferons-nous pour sauvegarder l'accessibilité et la qualité de notre système de soins ? Comment, à l'opposé, les politiques interprètent-ils les nombreux appels au "toujours plus" pour l'hôpital ? De façon générale, ont-ils connaissance des problèmes que nous affrontons et ont-ils des idées pour nous aider à les résoudre ?

Ici, "*10 questions ont été posées par écrit à 7 formations politiques présentant un candidat*". De bonnes questions concernant l'organisation du système de soins, le financement de l'accès aux soins, l'évolution du métier. Un journaliste, Philippe Leduc, animait les débats. Le MO-DEM³², le Front de Gauche³³, Le Nouveau Centre³⁴ et l'équipe de Jean-Pierre Chevènement étaient absents ou excusés. Étaient présents : David Belliard pour Europe Ecologie - Les Verts et Eva Joly, Philippe Juvin pour l'UMP et Nicolas Sarkozy, Jean-Marie Le Guen pour le Parti Socialiste et François Hollande, Joëlle Melin pour Front National et Marine Le Pen.

Les orateurs avaient du temps. Les questions étaient posées sans langue de bois et sans tabou. Elles ont été nombreuses et bien choisies. On regrettera pourtant que la question du bouclier sanitaire n'ait pas été posée. Il faut féliciter les organisateurs et en particulier le Président, Philippe Cuq pour cette initiative et son organisation. Nous n'avons pas la place de faire ici un compte rendu, et ce n'est pas l'objet d'une chronique. Ce serait pourtant intéressant même si cela serait très dur pour les lecteurs comme pour les orateurs. Les participants, hélas peu nombreux, sont en effet sortis atterrés.

Allons d'abord aux plus simples.

Europe Ecologie - Les Verts colle aux positions du Parti Socialiste avec tout juste quelques petites nuances sur la prévention ou le financement par l'impôt. Manifestement il n'y a, à ce jour, ni doctrine ni programme. Le privé n'est pas un sujet : il faut garantir l'accessibilité par l'hôpital, après on peut se poser la question du privé. Les fonds d'investissements ? Vous avez choisi le marché, il vous faut assumer.

Pour **le Front National**, les choses sont simples. Il faut sortir de l'euro et sans doute de l'Europe. Cela permettra de retrouver un niveau de croissance tel qu'en 18 mois les comptes de la Sécurité sociale seront à nouveau en équilibre. Il faut cependant, et sans attendre, supprimer quelques niches fiscales et développer les actions récursoires de la Sécurité sociale.

Jean-Marie Le Guen a précisé que, bien que socialiste, il ne parlait pas au nom du Parti Socialiste mais bien au nom du candidat François Hollande. Était-ce pour se rassurer ou pour nous faire passer une information ? Important, mais difficile de savoir. Il est apparu comme très dur dans le fond comme dans la forme. Très centralisateur et très autoritaire. Pour lui, il faut défendre l'hôpital. Point. Les dépenses de santé ne sont pas une charge, elles sont un investissement³⁵. Un ONDAM³⁶ à 2,8 c'est contraignant, à 2,5 c'est la pénurie et une austérité considérable. Le modèle d'allocation de ressource et de régulation est dépassé, en particulier pour ce qui concerne la tarification et la convention. Il veut le maintien du libéral. Mais il faut autre chose que le paiement à l'acte. Malgré les questions, il n'en dira pas plus. "*Il faudra négocier*". Il est contre la convergence public privé qui est désorganisée et inflationniste. Elle n'est pas économiquement saine. C'est une mystification préjudiciable au système. Il veut donc d'autres modes de coexistence public privé. Le privé a d'autres pathologies que le public qui a d'autres problèmes et d'autres contraintes. Il ne cite pas lesquelles. Pour lui, rien n'est démontré sur les écarts de prix. Par contre il n'est pas hostile à un financement

du privé selon des modalités de délégation de service public. A propos des fonds d'investissements il fulmine contre les profits à deux chiffres dans les cliniques. Vous vouliez plus de concurrence et de marché : eh bien voilà ! Vous les professionnels vous avez été de grands naïfs. Il est contre les contraintes à l'installation. Questionné sur la convention et sur les dépassements, il répond que ce n'est pas une question urgente ou immédiate. Il n'est pas le Père Noël sur les problèmes ponctuels. Il faut au contraire tracer des perspectives en matière d'équité et de solidarité. Il ne saurait être question de supprimer le secteur privé à l'hôpital. Tout au plus peut-on imaginer des négociations sur la retraite des PH, mais ce n'est pas à l'ordre du jour. Pour lui, on ne peut pas dire qu'il n'y a pas de marges de manœuvre. Le problème, c'est la croissance. La Sécurité sociale ne tiendra pas 5 ans de plus si le taux de croissance est à 1 %. Mais il ne dit pas ce qu'il envisage dans cette hypothèse. De toute façon le système est à bout de souffle. Par contre il faudra revenir sur les 5 à 10 milliards de "déficit clandestin" qu'il définit comme un déficit structurel non comblé car on ne donne pas les moyens à l'Assurance-maladie. Il faut faire le pari d'une croissance riche en santé et en énergie. Tout le reste est "pipeau". Il s'oppose à l'orthodoxie financière qui est fautive et mensongère. Il croit à la solidarité et à une organisation moins gaspilleuse. Quatre fois l'animateur se dira frappé par les similitudes de ses propositions avec celles du Front National. Il ne le prend pas mal : cela peut arriver sur telle ou telle proposition concrète. Il précise néanmoins que l'analyse de départ n'est pas la même.

Philippe Juvin, arrivé en retard, est à la peine et lève souvent les yeux au ciel en entendant ses collègues. Pour lui, on n'est pas seuls au monde. Il demande un discours vrai. Il a fait le programme santé avec Frédéric Valletoux, il le répétera plusieurs fois. Il apparaît pourtant comme un homme libre vis-à-vis de l'hôpital. Il en appelle à une stratégie ordonnée de réduction des déficits. Il faut rendre le système plus efficace. Il faut arriver à respecter l'ONDAM. Il exaspère Le Guen en affirmant que le principe de la convergence est un bon principe, même s'il faut regarder de près telle ou telle pathologie. Il faut plus de transparence. Il ne faut pas, dit-il, que les opposants à la convergence en fassent un alibi pour couvrir les carences du public. Il est pour des tarifs nationaux avec une enveloppe permettant aux ARS de faire des ajustements à la hausse en fonction des besoins locaux. Pour les dépassements il faut distinguer ceux qui sont légitimes avec tact et mesure et quelques cas exceptionnels médiatisés. Ce qui a été fait n'est pas parfait mais c'est un début. Il faudra relancer la négociation conventionnelle. Le problème pour les honoraires c'est que la CCAM³⁷ n'évolue pas assez vite. Pour le reste, il s'en tient souvent aux "éléments de langage" qu'il consulte fréquemment : les réformes de structure ont été faites ; il faut plusieurs années pour qu'elles portent leurs fruits... Concernant les fonds d'investissements, il faut bien du capital dans les cliniques. Le problème c'est qu'ils se retirent vite. Il y a quelques années on était tous pour. On a fait une erreur d'appréciation. Mais il ne propose rien. Il n'est d'ailleurs ni pour ni contre. Ce qu'il faut c'est garantir l'indépendance professionnelle, les

conditions d'exercice et la sécurité des financements. Par ailleurs il faut simplifier la vie des professionnels. Il faut aussi rétablir la confiance, en particulier avec les libéraux. Il est contre les coercitions pour l'installation. Pour lui, le débat sur le secteur privé à l'hôpital n'est pas ouvert.

Chacun jugera...

Grève à la SNCF

Une menace de grève à la SNCF pèse sur les week-ends de décembre, dont ceux de Noël et du Nouvel an, en raison d'un préavis d'un syndicat de conducteurs CFDT-FGAAC³⁸ lié aux nouvelles grilles horaires. Les banlieusards connaissent : jusqu'à il y a trois ans il y avait grève à chaque changement d'horaires. Les horaires d'hiver succédaient aux horaires d'été et revenaient à l'identique 6 mois après, mais chaque année les banlieusards savaient qu'ils auraient une grève le jour du changement. Alors aujourd'hui que la SNCF modifie 85 % des horaires ! Ce ne sont pas les horaires ainsi améliorés qui font problème, mais "*le sentiment de malaise que vivent les agents de conduite, sans être écoutés, et là, nous sommes arrivés à un point de rupture*", a dit à l'AFP Fabien Tosolini, membre du syndicat.

Nous n'avons pas ici à juger sur le fond. Pourtant ce samedi, au journal de 20 heures sur France 2, présenté par Laurent Delahousse, Alain Souchon s'est permis de donner son avis "*C'est pas sympa durant les fêtes. C'est dégueulasse*". Rare à la télé. C'était du direct, mais ça ressemble à ce qu'on entend parmi les "usagers". A la télé, ce qu'on entend d'habitude c'est : "*C'est normal, il faut bien qu'ils se défendent...*"

Ce que traduit cette réaction spontanée c'est que ces grèves SNCF sont d'une nature bien spécifique.

Dans la tradition ouvrière la grève était destinée à ennuyer le patron pour obtenir de lui qu'il satisfasse à une revendication. Ici il s'agit d'ennuyer le peuple afin de peser sur le patron.

On a commencé à voir de tels comportements dans le secteur hospitalier, chez les infirmiers anesthésistes de bloc par exemple. Les grèves de ce type, fréquentes à la SNCF nous alertent une fois de plus : cela peut aussi arriver chez nous. Les "défenses" régressives de l'hôpital public auxquelles nous assistons depuis quelques mois y conduisent tout droit. Il y aurait là une perversion du service public encore plus grande qu'à la SNCF. Nous ne sommes pas à l'abri. Nous y sommes vulnérables.

La tradition ouvrière avait réussi à faire en sorte de créer un tabou absolu sur l'outil de travail qui était devenu intouchable. Il nous faut créer un tel tabou au sein du système hospitalier : la prise en otage des patients devrait être un tabou dans les établissements. Le fait que nous soyons "gentils et dévoués", que nous "rendions service" et que notre patron, l'Etat, soit "méchant" n'y change rien, si ce n'est que ça renforce la tentation d'abuser des "usagers". On touche là sans doute à un impératif déontologique. Avec un peu d'imagination, le droit de grève peut emprunter d'autres voies aussi efficaces et moins délétères.

- ¹ Fédération hospitalière de France
- ² D. CH. - *Les hôpitaux franciliens défendent leur pré carré - Claude Évin refuse de privilégier le secteur public* - Le Quotidien du Médecin n° 9052 du 02/12/2011, p. 4
- ³ Fonds d'intervention régional. Le FIR est créé par le Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2012 (cf. Article 36) pour une mise en œuvre au 1-1-2013. Ce fonds vise à donner un nouveau levier d'action et plus de souplesse aux Agences régionales de santé en fusionnant des fonds déjà existants, et donc en rendant fongibles des enveloppes aujourd'hui séparées et cloisonnées. Il s'agit notamment des enveloppes finançant la permanence des soins en établissement de santé et la permanence des soins ambulatoire (PDS-A), le FIQCS (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), le FMESPP (Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés), mais aussi les enveloppes de prévention de l'État et de l'Assurance-maladie. Les orientations nationales du FIR sont déterminées par le Comité National de Pilotage des Agences Régionales de Santé (ARS) et la répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, sur proposition du Conseil National de Pilotage des ARS. La gestion comptable et financière du FIR est confiée à la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui peut déléguer les opérations de gestion d'une partie de ses crédits aux ARS.
- En mettant à jour notre dictionnaire des sigles médicaux "MediSigles", nous trouvons un prédécesseur à notre futur "FIR" : le "Fonds d'intervention pour les rapaces". Nous avons donc bien raison d'avertir les utilisateurs de notre dictionnaire que l'emploi des sigles en santé est dangereux ! Heureusement pour nous ce FIR nous laisse élégamment la place car il a le bon goût de devenir la "Mission rapace", au sein de la LPO - Ligue pour la Protection des Oiseaux... à moins que le Président Valletoux ne s'y oppose. Il aurait sans doute tort.
- ⁴ Direction générale de l'offre de soins
- ⁵ Groupement de coopération sanitaire
- ⁶ Health maintenance organization
- ⁷ Haute autorité de santé
- ⁸ On voit encore apparaître l'idée selon laquelle la chirurgie ambulatoire peut sauver une activité chirurgicale insuffisante. Pourtant même la DGOS se dit maintenant convaincue du contraire. Une restructuration pour juguler le déficit - Dans l'Indre, mobilisation autour de l'hôpital du Blanc - Le Quotidien du Médecin 01/12/2011
- "Pour juguler le déficit de l'hôpital, l'ARS envisage plusieurs mesures drastiques. La maternité ne ferait plus d'accouchements et serait transformée en centre périnatal de proximité assurant les suivis de grossesse, les suites de couche et les IVG. Le service de chirurgie, lui aussi frappé de plein fouet, n'effectuerait plus que des actes de chirurgie ambulatoire et cesserait toute activité la nuit et le week end."*
- [...]
- "Pour Jacques Laisné, patron de l'ARS, « la situation financière n'est plus tenable », et commande la restructuration. « La dette, ajoutée-t-il, atteint 14 millions d'euros mais le problème est aussi l'extrême difficulté à recruter des médecins. L'hôpital doit faire appel à des intérimaires ce qui aggrave encore le volet financier. Nous devons améliorer la gouvernance entre l'hôpital du Blanc et les hôpitaux plus importants de la région ». Les élus et les habitants sont décidés à se battre pour l'hôpital."*
- ⁹ Dans le cadre de ses « Rendez-Vous de la Santé », l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon a organisé une rencontre sur le

- thème de la chirurgie ambulatoire ce jeudi 1er décembre 2011 à Béziers. Les supports d'interventions sont téléchargeables sur <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/Retour-sur-le-2eme-Rendez-Vou.126435.0.html>
- 10 L'ARS Paca organise une "Journée régionale pour promouvoir le développement de la chirurgie ambulatoire" - *La chirurgie ambulatoire : aujourd'hui et demain* - Jeudi 15 décembre 2011, de 9h 30 à 17h 00 à la Faculté de Médecine de la Timone Amphithéâtre A
"Le ministère de la santé et l'agence régionale de santé mettent un point d'honneur à développer la chirurgie ambulatoire. C'est un des objectifs fixés dans le schéma régional d'organisation des soins. L'ARS Paca l'a également identifiée comme l'une des dix priorités de gestion du risque à mettre en œuvre conjointement avec l'assurance maladie." Alors ! Cf. <http://www.ars.paca.sante.fr/15-12-2011-Colloque-Chirurg.125757.0.html>
- 11 "L'analyse de l'évolution des parts de marché en nombre de séjours – valorisés ou non par les tarifs – montre une augmentation de la part des établissements publics au détriment des cliniques privées. Cette progression est principalement due aux activités chirurgicales, et notamment à la chirurgie réalisée en ambulatoire, domaine dans lequel les établissements publics, traditionnellement en retard par rapport aux cliniques privées, semblent avoir fait de nets progrès."
Etudes et résultats N° 785 • novembre 2011 • Évolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009 - DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)
Cf. mail UNHPC 11/657 du 1^{er} décembre 2011
- 12 Centre hospitalier
- 13 Centre hospitalier (hospitalo-) universitaire
- 14 Comme l'a rappelé le Pr C. Vons à Béziers ce jeudi, en 2009 en France, le taux des cholécystectomies par laparoscopie en ambulatoire était pour les établissements privés de 0,4 % et pour les établissements publics de 1,47 %. Au début des années 90, l'AFCA avait constitué un tableau de bord des cholécystectomies en ambulatoire, il n'y avait presque que du privé... En 2009, une recommandation de la SFCD (Société française de chirurgie digestive) ACHBT (Association française de chirurgie hépato-biliaire et de transplantation hépatique) / HAS recommande la cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire (grade A).
Thyroïdectomies en ambulatoire : Etablissements privés, 0,2 %, Etablissements publics, 0,37 %
Interventions pour obésité en ambulatoire : Etablissements privés, 0,5%, Etablissements publics, 4 %. Recommandations 2009 de la SFCD ACHBT / HAS : la pose d'anneau de gastroplastie par laparoscopie en ambulatoire est recommandée (grade B)
Cf. : *Indications de la chirurgie digestive et endocrinienne pratiquée en ambulatoire chez l'adulte* - Recommandations de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD) et de l'Association de Chirurgie Hépatobiliaire et de Transplantation (ACHBT) - Journal de Chirurgie - Vol. 147 Mai 2010 Supplément 4
On a des chiffres similaires en orthopédie.
- 15 Signalons aussi la parution du n° 783 - novembre 2011 de la même revue, sur "Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008". Cf mail UNHPC 11/651 du 29 novembre 2011
- 16 Institut national du cancer
- 17 Programme de médicalisation des systèmes d'information
- 18 Tarification à l'activité
- 19 ARS : les DG se réunissent en collège - Le Quotidien du Médecin n° 9052 du 02/12/2011, p. 4
- 20 Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- 21 Agences régionales de l'hospitalisation créées par l'ordonnance du 24 avril 1996
- 22 Direction des hôpitaux, devenue DHOS - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - le 21 juillet 2000, elle-même remplacée par la DGOS - Direction générale de l'offre de soins - par le décret du 15 mars 2010 (Ministère de la santé)
- 23 Élu pour un an, le bureau du collège comprend six personnes : Christophe Jacquinet (ARS Rhône-Alpes), président du collège, François-Emmanuel Blanc (Poitou-Charentes), Marie-Sophie Desaulle (Pays-de-la-Loire), François Dumuis (Auvergne), Claude Évin (Ile-de-France), Laurent Habert (Alsace).
- 24 Fédération des spécialités médicales
- 25 Cf mail UNHPC 11/662 du 4 décembre 2011 ou <http://www.specialitesmedicales.org/point-presse-sur-la-declaration-de-liens-dinteret>
- 26 Christophe Gattuso - *Prévention des conflits d'intérêts - Le monde médical tente de montrer patte blanche* - Le Quotidien du Médecin 01/12/2011
- 27 FORQUAL, structure qualité de l'Union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continues (UNAFORMEC), a créé des prix pour récompenser les congrès de chirurgie orthopédique et d'anesthésie. À terme, le signalement des conflits d'intérêts fera partie des critères pédagogiques. Christophe Gattuso - Qualité, contenu : des prix pour récompenser les meilleurs congrès médicaux - Le Quotidien du Médecin 01/12/2011
- 28 « Les propositions de M. de Rugy concernant la transparence et la prévention des conflits d'intérêts pour les parlementaires n'ont cependant pas toutes fait l'unanimité, y compris dans les rangs de la gauche. Notamment la disposition consistant à publier les déclarations de patrimoine des élus. La droite a dénoncé le "voyeurisme" de cette proposition.
Terme qu'a repris, également, Bernard Roman (PS, Nord). "Autant nous sommes d'accord pour que soient publiés les revenus des élus, autant la publication de patrimoine nous semble sans utilité, a-t-il défendu. Nous ne voulons pas instituer une forme de voyeurisme, nous voulons simplement garantir l'honnêteté des représentants du peuple et le dispositif actuel me paraît suffisant." »
Patrick Roger - *Conflits d'intérêt : un projet de loi aux oubliettes* - Le Monde.fr - 2-12-2011
- 29 Cf. par exemple le dossier du Monde, supplément culture&idées du samedi 26 novembre 2011, p. 1, 4 et 5 : La prostitution hors la loi ? Les abolitionnistes veulent interdire le commerce du sexe, comme c'est déjà le cas en Suède. L'Assemblée nationale s'empare du sujet le 6 décembre
- 30 Cf. : <http://www.lebloc-aal-syngof-ucdf.org/>
Cf aussi le site de l'Union des Chirurgiens de France : <http://www.ucdf.net/>
- 31 Cette semaine cf. : "La santé figurera-t-elle en bonne place dans les débats de la présidentielle ?" Pierre-Yves Geoffard professeur à l'Ecole d'Economie de Paris, directeur d'études à l'EHESS dans Libération du 29 novembre 2011 - Tribune - Il est temps de débattre du système de santé
- 32 Le Mouvement démocrate de François Bayrou
- 33 Le candidat du Front de Gauche est Jean-Luc Mélenchon
- 34 Le candidat du Nouveau Centre est Hervé Morin
- 35 J. M. Le Guen avait déjà défendu cette thèse lors des "Auditions Privées" le mercredi 19 octobre. Il intervenait alors sur le thème : « Les remèdes de la Gauche sauveront-ils la santé ? » Cf. notre chronique 11/42 du 24 octobre 2011
- 36 Objectif national de dépenses d'assurance maladie
- 37 Classification commune des actes médicaux
- 38 Fédération générale autonome des agents de conduite affiliée à la Confédération française démocratique du travail

**Avenir
de nos métiers,
avenir du système,
présidentielles : enfin
des propositions !**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/49

Date de parution : lundi 12 décembre 2011

Sujet : **Avenir de nos métiers, avenir du système**

Mots types : FEHAP - Plateforme - Présidentielles - Le débat - Guy Vallancien - Médecin - Evolution - Métier - André Grimaldi - Olivier Lyon-Caen - Claude Le Pen - Didier Tabuteau - Nicolas Sornin - Bernard Granger

Année 2011 - p. 191/210

Cette semaine est une éclaircie dans le brouillard qui enveloppe notre avenir en cette période de crise majeure et d'élection présidentielle. On sort des proclamations des apôtres du statu quo et de l'impression désagréable qu'il n'y a pas de lieu où se prépare sérieusement l'avenir de notre système hospitalier ou plus largement de notre système de santé, pourtant rendu très vulnérable.

Une grande revue prestigieuse, "le débat", ouvre ses portes à la réflexion sur nos problèmes et lui réserve 70 pages denses. Comme toutes les grandes revues de ce style elle n'a hélas qu'une diffusion assez confidentielle. C'est la raison pour laquelle nous lui consacrerons ici une place importante car il convient de souligner son intérêt.

La FEHAP¹ est la première des fédérations hospitalières à lancer sa "plateforme revendicative" intitulée, c'est mieux, "2012-2017 : pour une solidarité active au service de nos concitoyens et de leur santé". Bravo ! En vue des élections de 2012, elle fait 39 propositions destinées à répondre aux attentes des Français en matière de santé et les regroupe sur sept axes. Accessibilité en matière de délais et de conditions financières, prise en charge individualisée, innovation, autonomie, un Etat plus régulateur et moins opérateur, plus quelques propositions pour le secteur privé non lucratif qui est le sien. Ce sont de bons sujets. On attend les autres Fédérations... et on espère ensuite une confrontation pour dégager des points d'accord. Nous avons diffusé cette Plateforme². Il faut l'étudier et la travailler.

La revue de sciences-humaines "le débat" nous propose donc, dans sa dernière livraison, un dossier important et passionnant intitulé "Système de santé : de l'impasse à la réforme"³.

La revue de Pierre Nora et Marcel Gauchet présente son dossier ainsi : "Chacun voit bien que la « maîtrise des dépenses » à la petite semaine pratiquée depuis des années par tous les gouvernements rend la vie difficile aux personnels et aux patients sans rien régler sur le fond. En même temps, il paraît impensable d'ignorer cette dérive des coûts, qui représente à terme une menace encore plus grave. Entre statu quo impossible et réforme impro-

vable, la voie paraît tellement étroite que c'est le sentiment d'impasse qui prévaut. Ne faut-il pas raisonner autrement ?". Comment ne pas souscrire ?

En fait ce dossier est présenté en trois parties. Un débat organisé autour d'une proposition de Guy Vallancien sur "Le médecin du XXI^e siècle, sa place, son rôle" et deux longs articles portant, l'un, sur "La santé, affaire d'Etat", signé de Nicolas Sornin, l'autre sur "L'AP-HP dans la tempête", signé de Bernard Granger.

Nicolas Sornin⁴ s'attache à faire le point sur le rôle croissant de l'Etat dans le domaine de la santé et s'interroge en conclusion sur ses limites⁵. "Dans tous les cas et sous tous les angles, la montée en puissance de l'intervention régulatrice de l'Etat paraît inexorable. La question est de savoir si elle ne touche pas aujourd'hui à certaines limites"⁶. Il n'aborde pas hélas la question de savoir si ces limites ne proviennent pas de la confusion entre l'Etat régulateur et l'Etat gestionnaire. La difficulté ne provient-elle pas du fait qu'il y a confusion entre le mode d'action de l'Etat gestionnaire et l'Etat lui-même ?⁷ Si tel est le cas il y a urgence à distinguer les deux, au risque de jeter le bébé avec l'eau du bain, alors même que l'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé est un des grands acquis du XX^e siècle⁸. Sauf à se contenter de constater que les temps sont difficiles, on reste donc ici un peu sur sa faim.

Bernard Granger décrit "L'AP-HP dans la tempête"⁹ en essayant "d'exposer les tenants et les aboutissants de cette crise, du point de vue subjectif d'un médecin travaillant à l'AP-HP depuis 1983, mais aussi en nous appuyant sur des chiffres, des faits, des textes."¹⁰ Le début est impressionnant. Il décrit le passage progressif de trois niveaux d'organisation en 1983 à 7 niveaux aujourd'hui¹¹. Comme il le dit, "le « mille-feuille bureaucratique » s'est largement épaissi" ! Pour le reste on est plus dans le témoignage du ressenti du Secrétaire du Mouvement de défense de l'hôpital public qu'est Bernard Granger que dans l'exposé objectif. La T2A est le mal, le privé est présenté sous forme de caricature convenue mais étrangère à la réalité, le pouvoir des médecins n'est plus ce qu'il était... Au total un témoignage bien écrit qu'il faut entendre comme tel car il exprime une souffrance réelle et partagée par beaucoup. La réalité est là, aussi.



Mais le corps de ce dossier est constitué par l'analyse et les propositions de **Guy Vallancien**. Il part lui aussi du "malaise" des médecins. Après en avoir rappelé les composantes en distinguant selon les statuts et partant de l'exemple des urgences, il constate que *"tout se conjugue pour dessiner une grossière caricature accentuant les traits d'une désorganisation chronique que ne compense plus la bienveillance des personnels soignants."*¹² Mais Guy Vallancien ne se complaît pas dans la description de ce malaise. Il réagit en responsable et s'interroge : *"atmosphère délétère dont l'explication s'avère pourtant simple : nous n'avons, professionnellement comme politiquement parlant, jamais osé affronter la question fondamentale du rôle et de la place du médecin dans notre société elle-même en pleine mutation"*¹³.

Que l'on soit d'accord ou pas avec ses propositions, son apport majeur est là : il se risque à l'analyse et aux propositions. Par les temps qui courent, l'initiative est suffisamment rare pour susciter l'attention.

Son article est limité à un sujet, celui des médecins. Mais le sujet est majeur et central. Beaucoup reconnaîtront les idées déjà développées par Guy Vallancien tant par oral que par écrit. Nous avons souvent diffusé ici même et le plus souvent avec un écho favorable ses réflexions sur l'évolution du métier de médecin et de chirurgien. Mais il s'agit ici d'une mise en forme plus longue et plus argumentée que ce que l'on avait déjà eu l'occasion de connaître. L'analyse et les propositions sont approfondies et clarifiées.

Osons le dire, Guy Vallancien est un auteur qui se bonifie régulièrement au fil du temps, fond et forme. Ses premiers rapports faisaient appel au chirurgien expert. Le chirurgien est devenu expert en matière de système hospitalier et plus encore, en matière de réflexion sur l'évolution de nos métiers.

On connaît la thèse : *"De l'artisanat médical, nous basculons dans l'industrie du soin."*¹⁴ *"Les processus de production que connaissent tous les autres domaines d'activité économique et industrielle avec comme objectif l'augmentation de la qualité des produits combinée à la réduction de leur prix sont en fait parfaitement applicables à la médecine. Rationalisation indispensable que ses adversaires caricaturent en rationnement sans comprendre qu'ils aggravent ainsi la situation par leur dogmatisme aveugle."*¹⁵ *"La production sanitaire contrôlée s'opposerait-elle frontalement à l'humanisme et à la compassion individuelle ? Le soin personnalisé serait-il antinomique à la chaîne sanitaire ordonnée ? La réponse est clairement « non »."*¹⁶

Mais aussi : *"que reste-t-il de proprement spécifique au médecin ?"*¹⁷ *"À quoi donc résumer le vrai rôle du médecin ? Tout simplement à sa « valeur ajoutée »."*¹⁸ *"Cette valeur ajoutée porte un nom : la transgression, droit qui l'autorise à répondre de façon appropriée et hors norme à la demande d'une personne unique, touchée dans sa chair et son esprit par la maladie."*¹⁹ Tout le reste peut donc être délégué. Guy Vallancien a le mérite de refaire fonctionner l'ascenseur social, pour tout le monde.

Après cette introduction sur *"L'industrie du soin et la décision médicale"*²⁰, Guy Vallancien essaye d'étayer

son approche en portant sa réflexion sur quatre *"piliers de l'agir médical"*²¹ : la formation ; le partage des actes médicaux ; le financement des médecins ; la justice et les médecins. Puis, partant du constat selon lequel *"l'hospitalocentrisme de notre système de soins est hors de prix pour une productivité médiocre et une qualité très variable"*, il se livre à *"un exercice de prospective"*²². Plein d'optimisme il conclut en souhaitant que les responsables politiques comprennent *"cette mutation profonde dans laquelle le pays est déjà embarqué"*²³ car *"la production de soins a des marges financières considérables à récupérer pour satisfaire les besoins non moins importants que réclament les malades en toute légitimité"*²⁴.

On peut souligner les limites de cet article courageux. On peut regretter que le vocabulaire choisi rende l'exercice difficile : dans nos milieux, le mot d'industrialisation fait peur, révolte même. L'employer risque donc de faire fuir inutilement certains lecteurs dont la réflexion serait pourtant utile.

Dans notre culture de dépendance, sembler réduire la *"valeur ajoutée"* à la seule *"transgression"* est inutilement provocateur alors même que l'idée centrale est incontournable dans tout exercice de responsabilité.

On peut regretter que les développements sur le partage des actes, le financement et les rapports avec la justice ne soient pas aussi développés que celui qui est proposé pour la formation.

On peut aussi considérer cela comme une invite à aller plus loin. Il le faut en effet et c'est souvent possible.

Sur le financement par exemple, dire que *"dans le modèle du salariat, il n'est en aucun cas tenu compte des variations de responsabilité, de pénibilité, d'engagement personnel et de créativité, facteurs dynamiques essentiels à une amélioration des prestations médicales"*²⁵, c'est confondre le salariat avec le statut de la fonction publique. Guy Vallancien oublie que la promotion des salariés existe dans "l'industrie", mais le dire c'est rappeler que même si on est cadre supérieur, on y a un "patron". Vaste question que celle de la "direction" d'un établissement de santé ! Vaste question qui nous amènerait aussi à approfondir et à moderniser l'incontournable notion d'indépendance professionnelle.

Autre exemple, dire que *"le paiement à l'acte ne prend pas en compte les prestations dites de « non-soin »"*²⁶ n'est pas relever une donnée de la nature, c'est, plus simplement, faire le constat d'un choix politique et organisationnel.

On peut aussi regretter que Guy Vallancien ne développe pas son analyse sur la "transition". Même si on partage la perspective, comment y aller, selon quelles étapes, avec quels appuis ?

Une des grandes questions qu'il ne traite pas est celle qui vient du constat que beaucoup de médecins, en particulier chez les jeunes, se vivent plus comme des cadres moyens ou des techniciens que comme des "cadres supérieurs". Or, justement, Guy Vallancien considère les médecins comme devant être des cadres supérieurs, aptes aux choix responsables.

Dire en conclusion que *"la mutation du monde ne fait que débiter pour la médecine, elle sera violente et sans concession"*²⁷ est un peu... chirurgical ! Justement, il

nous appartient qu'elle se fasse sans violence, de façon progressive, avec la fermeté que permet une vision claire de l'avenir mais avec des concessions car sinon, on n'avance pas.

A la lecture de cet article, on peut en effet regretter beaucoup de choses. Mais c'est le signe d'une pensée fondatrice et féconde lorsqu'il s'agit d'un bon article. C'est le cas.

L'article est limité à un sujet. On pourra le trouver court sur les questions d'organisation générale, de financement, de régulation... Il n'empêche, sur une des composantes essentielles du système, le métier central, celui de médecin, sa réflexion est originale et fondée, ses propositions sont cohérentes avec les impératifs du moment et les évolutions d'autres métiers. Il faut donc s'y pencher avec tout le sérieux qu'elles méritent.

Il faut donc diffuser, faire connaître cet article important, susciter des débats autour de lui. Si l'on veut transformer la crise majeure qui s'annonce en opportunité, il faut préparer l'avenir. La réflexion sur les métiers ne suffit pas, mais elle est un des préalables indispensables. Nous ne pouvons que remercier Guy Vallancien d'avoir osé ouvrir le débat. A nous de le faire vivre au sein de nos CME²⁸, de nos équipes d'encadrement, de notre environnement, et, surtout, de le faire déboucher.

Il faut donc aussi se féliciter que la revue *"le débat"* ait prolongé l'article de Guy Vallancien par un débat sous forme de contributions critiques.

André Grimaldi et Olivier Lyon-Caen reprennent 10 propositions de leur récent *"Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire"*²⁹ reposant surtout sur le "toujours plus d'impôt". Ils sont, comme on l'imagine, très loin des analyses et des propositions de Guy Vallancien, si loin qu'ils ne saisissent même pas l'occasion d'en débattre³⁰.

Claude Le Pen consacre la première partie de sa contribution³¹ à faire un résumé de l'article de Vallancien. Il conclut ainsi : *"Guy Vallancien a le mérite de voir large, de penser à contre-courant et, surtout, d'offrir à ses confrères une perspective positive : « Changez votre mode d'exercice, regroupez-vous en maison médicale, déléguez les actes techniques à des collaborateurs, retrouvez le service du patient, traitez la personne et non la pathologie, et vous répondrez, dans une période nouvelle, à la demande éternelle des patients. » Je partage très largement cette conception et les quelques objections qui suivent visent surtout à tenter de l'approfondir."*

Il souligne les craintes que soulèveront les propositions de Guy Vallancien au niveau des généralistes qui auront peur de se faire "remplacer", au niveau de nombreuses spécialités cliniques libérales qui, paradoxalement, auront peur de se faire déposséder par... les médecins généralistes. Il pose la question de savoir si la thèse de la transgression, aussi séduisante soit-elle, peut vraiment

concerner tous les médecins. Il constate que la réflexion est insuffisante sur l'organisation et la prise en charge des "tâches gestionnaires".

Didier Tabuteau³² se démarque de ses amis Grimaldi et Lyon-Caen en faisant une vraie critique de l'article de Guy Vallancien. Il rappelle opportunément qu'on *"ne raye pas d'un trait de plume plus d'un siècle d'histoire collective"* et en résume quelques-unes des grandes étapes. Ce faisant il pose une question difficile en termes de dynamique de système : *"les perspectives qui s'ouvrent aux médecins relèvent-elles plus de choix politiques que d'un processus mécanique de transformation"*. Didier Tabuteau privilégie, on s'en doute, les choix politiques, mais quel est le débouché d'un politique qui ne s'appuie pas sur une compréhension vraie de la réalité et, ici, des contraintes et des impératifs des métiers concernés. La connaissance de la rationalité d'un métier aussi important et diversifié que celui de médecin est, nous semble-t-il, un préalable à l'exercice de vrais choix politiques le concernant. En son absence on prend le risque du volontarisme stérile et parfois violent.

Didier Tabuteau souligne fort justement ensuite que la période de crise majeure qui s'ouvre rend aussi possible des évolutions. C'est le propre des crises.

Il soupçonne alors Guy Vallancien de parti pris pour le "privé" contre le "public" et dans une deuxième partie beaucoup moins stimulante reprend, à l'inverse, les poncifs anti-privés à la mode, confondant une fois de plus les effets et les causes. L'incapacité des planificateurs français à penser régulation interroge vraiment. Ils suscitent des effets pervers dont ils accusent ensuite les acteurs. Le dossier des dépassements évoqué entre autres ici en est une des illustrations récurrentes. Comme le dit Guy Vallancien dans sa "réponse" : *"La France a décidé du mal à s'extraire du « tout État » sans tomber dans le « tout privé »" !*

Didier Tabuteau conclut fort justement que *"le débat auquel invite Guy Vallancien est ainsi indissociable des réflexions sur l'évolution du système de santé et d'assurance-maladie"*. Il en appelle à *"tous les acteurs [qui] doivent conjuguer leurs efforts"* et demande aux médecins de *"se dégager d'une histoire qui a façonné leur identité collective"*. Certes, mais ils ne seront pas les seuls à devoir le faire !

Ce dossier se ferme avec une "réponse" de Guy Vallancien à chacun de ses interlocuteurs³³. Le débat rebondit ainsi et c'est bien. A nous de le faire vivre et de savoir positionner concrètement les décisions qui devront être prises sur une échelle de temps réaliste, car les contraintes d'un traitement de nos problèmes dans l'urgence sont là. Il faudra y répondre en cohérence avec une idée claire du moyen-long terme.

- ¹ Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
- ² Cf. mail UNHPC 11/670 du 8 décembre 2011
- ³ "le débat" numéro 167, novembre - décembre 2011 : "*Système de santé : de l'impasse à la réforme*", p 78 à 148
 Guy Vallancien : Le médecin du XXI^e siècle. Sa place et son rôle
 Débat : André Grimaldi, Olivier Lyon-Caen : Pour une réforme du système de santé
 Claude Le Pen : Le défi de l'efficacité
 Didier Tabuteau : La crise de la médecine : comment en sortir ?
 Guy Vallancien : Changer de modèle
 Nicolas Sornin : La santé, affaire d'État
 Bernard Granger : L'AP-HP dans la tempête
 Cf. : <http://www.le-debat.gallimard.fr/>
 Cf. mail UNHPC 11/674 du 11 décembre 2011
- ⁴ Nicolas Sornin est sociologue
- ⁵ Nicolas Sornin en cite trois : la contrainte économique, la fatigue et le découragement de professionnels, la question des libertés individuelles. Cf. "*Le spectre des limites*", pp. 134-136
- ⁶ p. 134
- ⁷ Cf. le livre des actes de nos Rencontres 2006 "*L'administration de la santé par l'Etat : quelles incidences sur nos pratiques ; comment fonctionne une économie administrée ?*" Novembre 2006, 640 pages
- ⁸ L'État, comme le dit N. Sornin "*se portant garant de sa préservation, puis de la qualité et de l'accessibilité des soins quand ils s'avèrent nécessaires*". (p. 124)
- ⁹ pages 137 à 148
- ¹⁰ p. 137
- ¹¹ "*Une administration brejnévienne*", p.138
- ¹² p. 81
- ¹³ p. 81
- ¹⁴ p. 82
- ¹⁵ p. 82
- ¹⁶ p. 83
- ¹⁷ p. 83
- ¹⁸ p. 83
- ¹⁹ p. 83
- ²⁰ p. 82
- ²¹ p. 84
- ²² p. 97
- ²³ p. 99
- ²⁴ p. 99
- ²⁵ p. 94
- ²⁶ p. 94
- ²⁷ p. 99
- ²⁸ Conférence médicale d'établissement (privé) ou Commission médicale d'établissement (public)
- ²⁹ Cf. notre chronique 11/37 du lundi 19 septembre 2011 dans son paragraphe "*Un « manifeste » en trompe l'œil*"
- ³⁰ pages 100 à 107
- ³¹ pages 108 à 112
- ³² pages 113 à 117
- ³³ pages 118 à 123

**La présence
institutionnelle
de la cancérologie
se montre depuis
quelque temps
moins solide qu'il n'apparaît**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/50

Date de parution : lundi 19 décembre 2011

Sujet : **Institutions et cancérologie**

Mots types : INCa - A. Buzyn - C. Courrèges - Comité national de suivi radiothérapie - FSM - Olivier Goëau-Brissonnière - Anatomocytopathologie - Conseil national de cancérologie - V. Trillet-Lenoir - B. Couderc

Année 2011 - p. 195/210

Cette semaine nous retiendrons de l'actualité trois questions illustrant la dimension institutionnelle de l'organisation de la cancérologie dans notre pays. Nous évoquerons l'INCa qui aborde manifestement une nouvelle phase de son histoire ; le Comité national de suivi des mesures concernant la radiothérapie dont la prolongation est annoncée ; les tractations concernant la future "Commission scientifique indépendante" de la Fédération des spécialités médicales.

L'Institut National du Cancer

Nombreux sont ceux qui commencent à se poser des questions sur le devenir de l'INCa compte tenu de son fonctionnement depuis quelques mois.

Le turnover des cadres qui a toujours été très élevé continue à tourner à plein régime¹. Mais les recrutements tardent. La "direction opérationnelle soins et vie des malades" est particulièrement touchée et, du fait des très nombreux départs, a en grande partie perdu sa mémoire. Or on sait que cette mémoire est importante, en particulier sur les dossiers relatifs à l'organisation, à la réglementation et à l'évaluation qui ont fait le pain quotidien de cette direction depuis son origine.

Les services donnent l'impression d'être en panne. L'INCa semble se réduire à deux activités principales : les publications, qui sont de plus en plus nombreuses et très souvent de grande qualité - mais l'enjeu était-il de faire de l'INCa une maison d'édition ? - et la ventilation des subventions. Or on sait que c'est sur ce domaine que l'INCa est très vulnérable. Les contestations les plus fortes, y compris en provenance d'une de ses Tutelles, le Ministère de la recherche, consistent à dire que l'INCa constitue un aiguillage supplémentaire sans réelle valeur ajoutée.

Les Parlementaires eux-mêmes ne cachent pas que leurs études débouchaient sur l'idée qu'il fallait supprimer l'INCa, en redistribuant ses missions, mais que cela ne se ferait pas avant les élections parce que c'était "politiquement impossible". L'argument souligne la fragilité de l'institution.

Dans ces conditions l'INCa devrait se mobiliser pour justifier son rôle. On ne perçoit pas ce sentiment d'urgence, cette nécessaire tension créatrice.

Signalons pourtant le "Plan d'actions 2012" qui sera bientôt circularisé, mais il est, lui aussi, un peu surprenant ou paradoxal. Il comporte 68 pages très denses, développant un si grand nombre d'actions qu'on se demande un peu comment l'INCa, en l'état actuel, va pouvoir faire pour les mener à bien et si, au total, pour beaucoup, il ne s'agit pas plus d'un catalogue d'intentions que d'actions réelles.

Beaucoup d'espoir avait été mis dans l'arrivée d'une nouvelle équipe dirigeante. Agnès Buzyn a été nommée Présidente le lundi 30 mai 2011. Elle était déjà administrateur de l'INCa au titre de "personnalité qualifiée" depuis deux ans. Mais on la suppose écrasée par ses très (trop ?) nombreuses et lourdes responsabilités officielles. A tort ou à raison, le temps qui passe commence à signaler une difficulté à prendre la mesure de son poste à l'INCa. La nouvelle directrice, Cécile Courrèges² a le profil d'une vraie directrice générale ce qui signifie un changement par rapport aux conceptions affichées de Dominique Maraninchi³. On ne peut que s'en réjouir pour l'institution. Mais il semble que les questions d'intendance prennent une part très importante de son temps. L'audit interne et les contrôles internes sont à la mode et mobilisent beaucoup de temps et de compétences. Pourquoi pas ? Mais est-ce vraiment l'urgence ou la priorité ? N'est-ce pas au détriment des capacités créatrices de l'institution ?

La question de l'adéquation des instances statutaires reste ouverte. Comme nous avons souvent eu l'occasion de le dénoncer, il n'y a plus un seul médecin libéral au Conseil d'Administration. On imagine le tollé s'il n'y avait aucun médecin salarié du secteur public ! Pourtant ils ne prennent pas plus de patients en charge, mais le "patient" ne doit pas être au "centre" du système sinon ce critère serait plus souvent utilisé ! Cela montre aussi l'ampleur des conflits d'intérêts qui dominent l'institution.

Les créateurs de l'INCa et le premier Ministre de l'époque, Jean-Pierre Raffarin, voulaient en faire une "Maison commune"⁴ pour rassembler tous les acteurs de la cancérologie. La mutation voulue par certains et en particulier par Dominique Maraninchi, a consisté à transformer l'INCa en une "Agence d'Etat". Elle n'a pas débouché sur une mise à jour de ses instances. On se souvient que Xavier Bertrand avait pourtant appelé de ses vœux une mise en conformité des instances dirigeantes avec le



choix d'orientation qui était fait⁵. Le CA reste donc, hélas, plus que jamais, une chambre d'enregistrement qui privilégie les discours de courtisans et ne fait que voter à l'unanimité ce qui a été en fait décidé au "pré-CA", institution fantôme qui a le pouvoir réel. Ce n'est pas sain pour l'institution, fut-elle "d'Etat". Ce serait impensable en droit commun.

Le réel, justement, devrait interpeller l'institution. Non, tout continue comme avant. Le souci dominant exprimé est toujours celui de la chasse et de la captation des financements publics. L'imagination conduit à des propositions qu'on pourrait juger surréalistes par les temps qui courent. On commence par exemple à évoquer la création de "métiers nouveaux" pour gérer "l'après cancer" alors qu'officiellement il n'y a toujours pas d'assistantes sociales dans les établissements privés ou que les réseaux ont du mal à être financés... Les engagements des Plans Cancer successifs concernant les professions libérales ne sont toujours pas remplis... Si l'INCa s'abstient de la moindre action sur l'oncologie médicale et en particulier sur l'oncologie libérale, s'il s'abstient sur le chantier de la radiothérapie libérale, il est délétère sur l'anatomopathologie à tel point que la DGOS⁶ essaye de redresser l'affaire...

On voit par contre poindre de nouvelles initiatives pour créer des obligations nouvelles qui seront surtout l'occasion de demander des financements nouveaux. Ainsi le document en cours de concertation auprès des réseaux sur l'organisation des 3C⁷ inquiète.

Pire, des "engagements" sont pris sans capacité de les financer. Les prévisions financières concernant l'INCa sont présentées en tenant compte, heureusement, des engagements pluriannuels, en matière de financement de la recherche, par exemple. Mais il n'y a aucune visibilité sur la capacité de financement de l'INCa après la fin de l'actuel Plan Cancer fin 2013. Peu importe. L'institution continue à s'engager, comme si de rien n'était. Il faut bien le dire, c'est un signe de plus, s'il en manquait, que le CA ne fonctionne pas : les administrateurs causent (la question est "grave" entend-on...) mais ne se sentent pas responsables de leurs votes, sinon les "engagements" seraient moins faciles...

Quant à imaginer qu'on réfléchisse comme les Américains de l'IOM⁸ il y a quelques années sur le thème : *"avec la crise qui s'annonce, comment va-t-on faire pour soigner correctement les patients ?"*⁹, on rêve !

Non, tout va bien, continuons à gérer nos positions de pouvoirs et notre capacité à capter les financements publics, comme s'il était acquis que leur courant serait toujours croissant et régulier...

En interne, la gestion dégage un résultat positif qui permet d'accroître les réserves - on appelle cela très joliment un "abondement au fonds de roulement". Saine gestion de "père de famille" donc. On craint en même temps que Bercy mette la main dessus, c'est la tradition, et Bercy ne manque pas de besoins à couvrir. On réduit discrètement la voilure, en termes d'effectifs ou en diminuant les surfaces occupées (abandon de deux étages et d'un sous-sol). Bien. Prudent. Mais est-ce le but, et, sans perspectives stratégiques, est-ce suffisant ? Ou est-ce le signe d'un abandon discret ?

Bref, les sujets d'inquiétude concernant l'avenir de

l'INCa sont nombreux. On souhaite, rapidement, une présidence et une direction fortes et claires, à la mesure des enjeux anciens et nouveaux.

Radiothérapie : le Comité national de suivi

Une bonne nouvelle cependant, en provenance de l'INCa : il a été annoncé que le "**Comité national de suivi des mesures nationales pour la radiothérapie**" serait pérennisé, sous une autre forme, plus légère, mais avec les mêmes participants. Xavier Bertrand devrait l'annoncer officiellement d'ici quelques jours.

Les professionnels avaient demandé de façon unanime que ce Comité survive¹⁰. Créé officiellement à la suite de la feuille de route "radiothérapie"¹¹, il était en effet prévu qu'il se termine fin 2011. Or il constitue le seul lieu où tous les acteurs de la radiothérapie se retrouvent. Tous les institutionnels y sont, de fait sinon de droit¹², la DGOS, la DGS¹³, l'INCa, l'ASN¹⁴, l'IRSN¹⁵, l'AFSSAPS¹⁶, la HAS¹⁷, le CEA¹⁸, l'INSTN¹⁹, l'IGAS²⁰, et l'ONDPS²¹ mais y sont aussi les 4 Fédérations d'établissements²², la SFRO²³, le SNRO²⁴, la SFPM²⁵, l'AFPPE²⁶, la Ligue et le CISS²⁷.

Le comité devait rendre un rapport annuel.

Cela forçait à un suivi des nombreux chantiers ouverts par le nouveau dispositif d'autorisation, les Plans Cancer et les feuilles de route qui ont fait suite aux drames d'Epinal et de Toulouse.

Cela forçait à une concertation sur les problèmes chauds, comme celui des effectifs de radiophysiciens, de la reconnaissance des dosimétristes ou de l'obtention de qualifications, par exemple.

Cela permettait une information mutuelle sur les actions entreprises, les évaluations, les déclarations d'événements indésirables ou les inspections de l'ASN, par exemple.

Bien que cela ne change pas grand-chose, cela nous permettait aussi de rappeler les Tutelles à leurs responsabilités et à leurs engagements. La radiothérapie libérale n'est toujours pas soumise à PMSI descriptif et le scandale demeure. Le dernier rapport d'activité de l'INCa ose dire sans aucun recul que les données ne sont pas disponibles. L'absence d'informations sur la radiothérapie libérale, pourtant majoritaire, est traitée comme une donnée de la nature qui n'appelle aucun commentaire... On espérait que la nouvelle direction de l'INCa gère mieux ses conflits d'intérêt en la matière. Pour l'instant il faut attendre. L'Etat n'est toujours pas en mesure de connaître ce qu'il autorise et se contente des travaux de "l'Observatoire de la radiothérapie" et de son travail de recueil de déclarations. L'Etat se félicite de cette situation qui lui fait honte. L'Observatoire sauve l'honneur des professionnels qui se mobilisent pour faire le travail de l'Etat, mais il est de plus en plus "récupéré" par l'INCa. Il faudra bien, un jour, pouvoir disposer d'un recueil officiel et contrôlé pour savoir "qui fait quoi, où et avec qui et quoi" en matière de radiothérapie. 12 ans d'efforts de la part des professionnels, 3 Plans Cancer, 2 accidents majeurs et 2 "Feuilles de route" n'y auront pas suffi.

La pérennisation de ce Comité National de suivi est donc bien une nécessité. Il paraît qu'il ne sera plus soumis à obligation de rapport annuel. Il serait bien avisé

d'en faire un néanmoins.

La Fédération des spécialités médicales

La FSM (Fédération des spécialités médicales) poursuit sa mise en place. Elle est parfois inquiétante. La réunion de la semaine dernière en est une illustration.

L'objet était de répartir les 17 postes de la future Commission Scientifique Indépendante²⁸. Sujet difficile et propice à des positions de pouvoir plus qu'à des partages rationnels. L'enjeu est considérable.

La cancérologie est en situation difficile car Olivier Goëau-Brissonnière qui préside la FSM a beaucoup évolué sur le sujet des fonctions et des compétences transversales. On l'a connu, il y a quelques années, très conscient de la nécessité d'une approche pluridisciplinaire pour assurer la qualité des pratiques dans certaines spécialités. Aujourd'hui, il défend des positions beaucoup plus classiques. Du coup la cancérologie en pâtit. Elle en pâtit d'autant plus qu'il a décidé, consciemment ou non, d'alimenter le faux débat sur les spécialistes d'organe. Du coup il se met en position de faiblesse vis-à-vis de groupes de pression dont on connaît la puissance. On l'a vu et on le voit encore sur le dossier de la primo prescription qui fait unanimité entre professionnels tous les six mois ou tous les ans et qui est immanquablement bloqué ensuite par la DGOS qui, entre autres²⁹ a peur des groupes de pression réels ou supposés.

Le Conseil National de Cancérologie est donc jugé par le Président Goëau-Brissonnière comme non conforme à son idée de représentation des "spécialités". La cancérologie se retrouve donc en position de faiblesse.

Cette semaine, le jeu des rapports de force a conduit à un échec potentiellement grave concernant l'anatomocytopathologie.

On connaît la difficulté qu'ont nos collègues à se faire reconnaître, à faire prendre en compte leurs spécificités et leurs problèmes. La proposition consistant à les noyer une fois de plus dans la spécialité "biologie" était donc parfaitement irrecevable par eux. On le comprend. La conséquence logique était de les abriter dans l'ensemble "cancérologie".

Cela n'a pas été le cas. Refus aussi de l'imagerie, un temps évoquée. La réunion a été difficile et parfois violente. Restait deux possibilités : la psychiatrie et la gynécologie. A tout prendre, la psychiatrie était préférable, ça ne pouvait pas avoir de sens, c'était un siège, à gérer

comme tel. Point. Le Président Goëau-Brissonnière s'étonna de l'évocation de cette possibilité. Tout d'un coup l'anatomocytopathologie prenait de l'intérêt...

Ce fut donc la gynécologie qui fut choisie pour abriter l'anatomocytopathologie au sein de la Commission Scientifique Indépendante. Ce choix est lourd de périls d'interprétation et d'orientation. Dominique Maraninchi justifiait par exemple son action anti libérale en prétextant que les pathologistes libéraux ne s'intéressaient qu'aux frottis... alors même qu'ils sont très majoritaires en matière de diagnostic de cancer ! Certes les frottis pèsent lourd en termes d'activité par les pathologistes, publics comme privés. Mais voudrait-on cantonner une spécialité dans ce qui est le moins significatif de sa qualification et de son avenir qu'on ne ferait pas autrement. Curieux pour une institution, la FSM, censée développer les qualifications ! Un minimum de sens stratégique aurait conduit à les mettre avec la cancérologie. Tout concourt en effet à augmenter leur rôle tant en matière de diagnostic que de qualité de la prescription ou d'approche médicoéconomique de la prise en charge du cancer.

Beau loupé donc. On ne peut que souhaiter que cet accident pousse à des relations plus étroites entre les pathologistes et le Conseil National de Cancérologie. Nous avons tous manqué de réflexe. Nous aurions dû préparer cette réunion ensemble, même si le jeu du Président Goëau-Brissonnière est parfois un peu personnel et imprévisible. Cela vaut leçon pour l'avenir. Pourquoi pas une concertation préalable systématique sur l'ordre du jour des réunions de la FSM ?

La réunion s'est terminée sur une annonce surprenante du Président Goëau-Brissonnière. Le financement de la FSM est lié à la signature d'une convention avec la DGOS. Rien ici que de très normal. Cette convention n'a pas été communiquée. Elle demanderait à la FSM des propositions visant à réduire le nombre des spécialités médicales. Surprenant, en effet. A suivre donc.

Mais revenons à la cancérologie. Sa faiblesse au sein de la FSM, du fait, entre autres, de l'incompréhension relative de son approche pluridisciplinaire, mérite attention de la part des deux agences qui sont à l'origine du Conseil National de Cancérologie. On comprend dès lors l'initiative de sa présidente actuelle, le Pr Véronique Trillet-Lenoir, et de son Président élu, le Dr Bernard Couderc. Ils veulent en effet solliciter un soutien de la part de la HAS et de l'INCa, tant auprès de la FSM que du Ministre. Cela est nécessaire.

- ¹ Même si le taux global semble s'être bien réduit. Le "COP" (contrat d'objectif et de performance) de l'INCa prévoit un taux cible pour 2012 ≤ à 12 % pour "le turnover des équipes de l'INCa"
- ² Cécile Courrèges a été nommée directrice générale de l'INCa par un décret publié le 19 juin 2011
- ³ Après avoir été Président de son Conseil Scientifique, Dominique Maraninchi a été Président de l'INCa durant 4 ans et demi, de septembre 2006 à février 2011
- ⁴ Les responsables politiques et les créateurs de l'INCa parlaient alors de "*maison commune des professionnels des chercheurs et des patients*"
- ⁵ Xavier Bertrand avait demandé des propositions aux administrateurs. Seule l'UNHPC avait répondu à cette demande, au nom de la FHP titulaire du siège d'administrateur. Cf. sa "*Note de proposition préparatoire au CA du 21 décembre 2006*" diffusée par mail UNHPC 2007/02 du 2 janvier 2007
- ⁶ Direction générale de l'offre de soins - Ministère de la santé
- ⁷ "*Projet de référentiel national des centres de coordination en cancérologie (3C)*". "*Ce référentiel précise et actualise le « cahier des charges » paru dans la circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie*". Il a été circularisé par l'INCa pour concertation auprès des Réseaux régionaux de cancérologie fin octobre 2011. L'annexe 5 "*Cahier des charges des Centres de coordination en cancérologie (3C)*" de cette circulaire de 2005 qui fondait les 3C, précisait "*Le terme de 3C recouvre une organisation nouvelle et des missions qualité ; à partir des objectifs attendus, l'organisation retenue relève de l'initiative de chaque établissement. [...] L'organisation retenue et la réalisation des missions devront par contre faire l'objet d'une validation par la commission ou la conférence médicale.*" Cette précision concernant le fait que "*l'organisation retenue relève de l'initiative de chaque établissement*" avait alors recueilli l'unanimité des professionnels qui en avaient même fait une condition de leur approbation de la circulaire.
- ⁸ Institute of medicine of the national academies (USA)
- ⁹ Cf. le rapport paru à la suite du séminaire organisé par le National Cancer Policy Forum of the Institute of Medicine (IOM) américain : "*Ensuring Quality Cancer Care Through the Oncology Workforce: Sustaining Care in the 21st Century*", mail UNHPC 09/187 du 10 mai 2009 et l'article que nous avons fait pour Le Nouveau Cancérologue (v2 n°1, 4-09) à la suite de ce colloque (mail UNHPC 09/151 du 18 avril 2009) : "*Les USA s'inquiètent de leur capacité à prendre en charge les patients atteints du cancer dans 20 ans... Ont-ils raison ?*" Cf. aussi, entre autres, à l'IOM, le rapport "*The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes*", mail UNHPC 11/115 du 26 février 2011
- ¹⁰ La dernière réunion du Comité National a eu lieu le 7 juillet dernier. Cette demande avait été faite à l'unanimité de ses membres et de sa présidente, Agnès Buzyn. Le Comité avait décidé de se réunir en décembre 2011. Cela n'a pas été le cas.
- ¹¹ Cf. entre autres mail UNHPC 2008/78 du 23 mars 2008 : la seconde "*Feuille de route des mesures nationales pour la Radiothérapie - Mesures nationales pour la Radiothérapie*" - Point au 12 novembre 2007 ; Publiée le 28 novembre 2007 ; Mise à jour avec les données recueillies lors de la réunion organisée par le Cabinet le 14-3-2008
- ¹² Hélas pas l'Assurance-maladie, comme trop souvent...
- ¹³ Direction générale de la santé - Ministère de la santé
- ¹⁴ Autorité de sûreté nucléaire
- ¹⁵ Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
- ¹⁶ Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- ¹⁷ Haute autorité de santé
- ¹⁸ Commissariat à l'énergie atomique
- ¹⁹ Institut national des sciences et techniques nucléaires
- ²⁰ Inspection générale des affaires sociales
- ²¹ Observatoire national de la démographie des professions de santé
- ²² FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne ; FHF : Fédération hospitalière de France ; FHP : Fédération de l'hospitalisation privée via l'UNHPC ; UNICANCER
- ²³ Société française de radiothérapie oncologique
- ²⁴ Syndicat national de radiothérapeutes-oncologues
- ²⁵ Société française de physique médicale
- ²⁶ Association française du personnel paramédical d'électroradiologie
- ²⁷ Comité interassociatif des usagers du système de santé
- ²⁸ Comme précisé sur le site de la FSM (<http://www.specialitesmedicales.org/dpc/dpc>) : *sa composition et son fonctionnement seront précisés par un décret simple.*
Mais on sait qu'elle s'appuiera fortement sur la Fédération des Spécialités Médicales et les structures fédératives de spécialités.
Elle a pour mission d'évaluer les organismes, les programmes et les actions concourant à l'offre du DPC" (Développement professionnel continu).
 En effet, l'article L. 4133-2. du Code de la santé publique précise : "*Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités selon lesquelles :*
 [...]
 2 - *L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, après évaluation par une commission scientifique indépendante, enregistre l'ensemble des organismes concourant à l'offre de développement professionnel continu et finance les programmes et actions prioritaires.*
Un décret fixe les missions, la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante."
- ²⁹ La DGOS voudrait aussi récupérer la légitimité accordée jusqu'à maintenant au Conseil national de l'ordre des médecins en matière de reconnaissance des "compétences" médicales.

**Tous nos vœux
pour 2012
pour vous, vos équipes,
vos structures.
On nous promet une année
2012 difficile.
Qu'elle soit féconde pour notre
avenir commun !**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/52

Date de parution : lundi 2 janvier 2012

Sujet : **Tous nos vœux pour une année difficile**

Mots types : Système hospitalier - Crise - Réforme - Bilan - Perspectives - Programmes - Propositions

Année 2011 - p. 199/210

Une année se termine...

L'année se termine. C'est l'heure des bilans. La presse spécialisée en proposera de très argumentés. Contentons-nous ici de relever quelques dossiers significatifs de l'année. Ils ont donné lieu à diffusion d'une large information durant l'année. Tous, et beaucoup d'autres ont été évoqués dans nos chroniques hebdomadaires.

La fin du cycle des nouvelles **autorisation**s en cancérologie qui souligne la carence de l'Etat à mettre en place les autres autorisations d'activité de soins prévues depuis 2003¹ et toujours pas en place, en particulier pour la chirurgie et pour la médecine !

Le blocage de nos **vieux dossiers** concernant l'oncologie médicale, la radiothérapie, un véritable droit de la coopération, la réforme du régime des responsabilités dans le cadre d'une médecine concertée, la consolidation des structures "métier"...

L'approfondissement de la crise des recrutements en **médecine libérale**. Les politiques restent au mieux indifférents. Le pays le payera cher.

Par contre les progrès enregistrés en matière de formation et de recrutement des **physiciens**.

Le blocage de la politique incitative en matière de **chirurgie ambulatoire** par la seule DGOS² alors que le "séminaire gouvernemental"³ avait décidé à l'unanimité hors la DGOS de la mettre en place. En lieu de quoi on fait du papier et on prévoit des "livrables"

Par contre la prise en charge du dossier de l'**anatomopathologie** par la DGOS soulève de grands espoirs, même si le passage d'une analyse de la situation plus objective à des propositions d'organisation, d'évaluation et d'allocation de ressources plus cohérentes semble devoir être difficile.

La nouvelle **planification** est en place, doublée de procédures de démocratie sociale et sanitaire qui occupent beaucoup de monde. L'année a confirmé le retour en force de la culture planificatrice par injonctions administratives et subventions. Cela paraît un peu surréaliste, mais c'est ainsi en 2011.

Sur Legifrance, la précieuse rubrique "**Evolution du vo-**

lume des textes"⁴ est toujours "*en cours de refonte*". Cela commence à inquiéter. Elle est pourtant indispensable, pour objectiver notre folie concernant la production de réglementations en santé. Nous savons, grâce à cette rubrique, qu'elle est à nulle autre pareille. Les choses n'ont hélas certainement pas changé en 2011. L'année se termine en beauté avec la "loi sur les médicaments"⁵ parue cette semaine : 41 articles, 30 décrets. On peut même dire que cette passion pour les textes "opposables" s'est sans doute aggravée cette année par la nouvelle idée de multiplier l'édition de guides et de référentiels. La force de frappe de l'administration est décuplée, chaque Agence étant habilitée et incitée à produire... Qui saura établir un compteur de cette nouvelle "production" ?

La question des **contrôles** T2A⁶ où les sanctions financières exorbitantes montraient le manque de savoir faire de l'Etat en matière de contrôle et sa tendance à passer d'un excès de non-contrôle dans "son" hôpital à un excès en matière de sanction, lorsqu'il se met à contrôler. Un des rares dossiers où les fédérations ont su se montrer solidaires. Cela a été efficace.

L'année 2011 aura été une fois de plus une année nulle ou négative pour les **tarifs** de l'hospitalisation. A force de dire que ça ne peut plus durer ! 2011 n'aura fait sur ce plan qu'approfondir nos problèmes. Constatons qu'au lieu de favoriser la solidarité entre Fédérations d'établissements cela nous en éloigne.

2011 devait être "**l'année des patients et de leurs droits**". On n'a pas vu grand-chose...

Dans les suites d'HPST⁷, 2011 était la première année où le secteur privé pouvait participer à l'**enseignement** et à la **recherche**. La porte est ouverte. Les pionniers se sont lancés. En matière de formation le contexte local a été déterminant. On veut bien faire appel à nous lorsqu'il y a un besoin non couvert. Nous sommes admis dans la mesure où on a besoin de suppléants. C'est mieux que rien, mais cela montre le chemin qui reste encore à parcourir. En termes de recherche, quelques courageux se sont lancés en répondant par exemple à l'appel à projets de labellisation d'un centre de recherche clinique (CRC). Là aussi, honneur à eux ! Mais la DGOS a tranché la semaine dernière : aucun dossier privé n'a été retenu.⁸



Le drame et le scandale du **Mediator** ont marqué l'année. Les procès marqueront 2012. L'affaire est extrêmement grave. Elle aura permis de remettre à plat une réglementation et surtout des pratiques qui étaient insuffisantes. Elle a permis d'avancer, enfin, sur les questions de **conflits d'intérêts**, même si beaucoup ont trouvé utile et surtout protecteur de transformer l'industrie en bouc émissaire grâce à l'indéfendable Servier. Il n'empêche, la question est ouverte. C'est un progrès, même s'il reste beaucoup à faire, en particulier pour étendre le champ de ce qui est conflit d'intérêt dans le système hospitalier et au sein de l'Etat, pour trouver une pratique protectrice à la fois rigoureuse et non paralysante, pour apprendre à distinguer lien d'intérêt et conflit d'intérêts.

Les Parlementaires se sont penchés sur la multiplication des **Agences**. Les Agences de santé n'ont éveillé leur intérêt que sur le tard, et là aussi, l'affaire du Mediator a aidé. Elles étaient conçues à l'origine pour donner du champ, recréer un peu d'indépendance pour les politiques face aux crises sanitaires. Les responsables politiques se rendent maintenant compte, avec ce genre de scandale, que la recette ne les protège pas toujours autant qu'ils le souhaitaient. Les rapports parlementaires n'ont pas pu déboucher sur grand-chose pour cause d'arrivée de période électorale. Le dossier sera certainement repris dans les prochaines années.

C'est aussi dans ce cadre qu'il faut sans doute évoquer l'année **INCa**. Une année pour rien diront beaucoup. Dommage. Surtout, cette situation aux explications multiples n'est pas bonne pour l'avenir de l'institution. Pour échapper aux dangers qui la guettent, il faudra qu'elle se reprenne très vite, dans les semaines ou les mois qui viennent.

Le drame des euthanasies pratiquées sur des personnes âgées au service des urgences de l'hôpital de Bayonne aura lui aussi marqué l'année. Non seulement pour les faits rapportés, pour un comportement qui sera bientôt jugé par les Tribunaux, mais surtout pour l'empressement du groupe de pression "*mourir dans la dignité*" pour susciter un vaste mouvement de solidarité au travers, entre autres, d'Internet. Le moins qu'on puisse dire c'est que cela donne, là aussi, la mesure du chemin qu'il nous reste à parcourir pour établir une connaissance et une pratique suffisantes des **soins palliatifs**. Cette semaine le JCO⁹ publie les résultats d'une étude sur l'effet de soins palliatifs précoces sur les chimiothérapies administrées à des patients atteints d'un cancer du poumon métastatique non à petites cellules. Cette étude prolonge celle publiée en août 2010 par le New England¹⁰. A l'époque le New England en avait fait son éditorial sous le titre "*les soins palliatifs, un changement de paradigme*"¹¹. Le dernier numéro du JCO en fait lui aussi un éditorial. Il le titre "*un changement considérable*"¹². 2011 s'inscrit dans le déroulement d'un chantier où nous avons fait de très gros progrès, mais où il reste encore beaucoup à faire. Bayonne en a donné la mesure.

L'année 2011 aura été celle de la signature d'une nou-

velle **Convention**. Elle apporte son lot de nouveautés, souvent nécessaires. Le Gouvernement et l'UNCAM¹³ se disent maintenant favorables à l'introduction de forfaits dans la rémunération des libéraux ! 11 ans après on se surprend à penser qu'on va pouvoir peut-être relancer le dossier du K15 et que certains pourront enfin honorer leurs promesses ! Pourtant cette Convention laisse tout le monde insatisfait. Ses conditions de négociations ont été ressenties comme discriminatoires pour beaucoup. Surtout elle permettait de prendre en charge le dossier des **dépassements d'honoraires**. La "solution" du secteur optionnel était partielle et porteuse de dérives. Il n'empêche que le fait de considérer, enfin, que les dépassements sont un vrai problème pouvait être considéré comme un progrès. Hélas la nouvelle taxe sur les complémentaires santé, qui passe de 3,5 % à 7 %, a cassé tous les espoirs. En cette fin d'année, comme depuis de nombreuses années, nous ne pouvons que constater que les dégâts s'amplifient de façon exponentielle et que, plus on attend, plus l'indispensable réforme sera difficile. Les dégâts dans les têtes nous demanderont déjà à peu près une génération pour être réparés, le coût financier est de 2,5 milliards en 2010, il va continuer à croître rapidement. De son côté, "*l'indispensable et urgente*" **CCAM**¹⁴ **clinique** est toujours en panne. Beaux gâchis, immensément coûteux. Notons quand même que notre vieille proposition de suppression des dépassements par réintégration de leur montant total dans la négociation conventionnelle et financement par les Mutuelles redevient sans doute "possible" puisque la hausse de la taxe représente un coût comparable et qu'une bonne partie est déjà prise en charge...¹⁵ Comme quoi, il y a de vrais choix en politique !

Le dossier de la **permanence des soins** nous a tous beaucoup occupés ces derniers mois. Le nouveau régime va se mettre en place au début de l'année. On a un peu le sentiment que la DGOS a beaucoup fait pour mettre le désordre dans un dossier qui ne le méritait pas. En tous les cas cela aura été une occasion de plus pour étendre le règne de l'hospitalocentrisme et donner plus de place aux sectaires anti-privé qui seront les premiers à nous dénoncer comme participant peu à ce à quoi ils nous ont très souvent interdit de participer alors que cela faisait partie de notre pratique courante.

Terminons sur une bonne nouvelle. Le problème des trous de garantie dans l'assurance **RCP**¹⁶ des professions de santé semble enfin réglé¹⁷. Ce n'est pas rien !

Une chose est sûre. 2011 a été riche d'événements et d'évolutions, parfois contradictoires, dans notre secteur. Ni plus ni moins que les années précédentes, sans doute. Beaucoup moins que dans notre vaste monde qui, de plus en plus s'avère aussi être un village. Moins que les années qui viennent, très certainement, car les changements indispensables au maintien des valeurs de notre système social vont maintenant devoir se produire dans un contexte de crise économique grave et profonde.

Au terme de cette année, l'UNHPC vous présente tous ses vœux les meilleurs pour 2012 pour vous, vos équipes, les structures qui vous permettent de travailler.

On nous promet une année 2012 difficile. Qu'elle soit féconde pour notre avenir commun !

Au seuil de cette année 2012, s'il fallait une référence, on hésiterait entre le barde Bob Dylan pour qui *"tout n'est pas noir, encore, mais ça s'assombrit nettement"*¹⁸ et le sage Gramsci qui, du fond de sa prison, se disait *"pessimiste avec l'intelligence, mais optimiste par la volonté"*¹⁹.

Les temps qui viennent seront difficiles. Les meilleurs spécialistes nous l'affirment. Nicolas Sarkozy, Président de la République, nous parle durant ses vœux à la nation, ce samedi, de *"cette crise inouïe, sans doute la plus grave depuis la Deuxième Guerre mondiale, cette crise n'est pas terminée"*. Le prix Nobel Joseph E. Stiglitz²⁰ nous prévient : *"il est probable que les problèmes économiques et politiques qui étaient si manifestes aux USA et en Europe en 2011 - et qui ont été terriblement mal gérés jusqu'à présent - ne feront qu'empirer en 2012"*. Et de justifier son *"pessimisme rationnel"* par l'incapacité des "politiques" à prendre la mesure des événements. Etienne Caniard, président de la Mutualité Française, se cantonne à notre secteur. Pour lui, le système de santé français *"est bon, mais il recèle aussi énormément d'inquiétude sur sa pérennité. Tout est réuni pour que le système explose à plus ou moins long terme."* *"Mais il n'y a pas encore de propositions achevées et cohérentes de la part des politiques"*.

Nous pourrions continuer avec nombre d'autres personnalités ou experts prestigieux. A l'inverse nous serions bien en peine pour en trouver de résolument "optimistes". Mais arrêtons là, au risque d'en perdre le moral. C'est tout le contraire qu'il faut en cette période de vœux. Revenons à Antonio Gramsci, encore lui, *"la crise, c'est quand le vieux se meurt et que le jeune hésite à naître"*. Revenons aussi à Bob Dylan pour qui *"celui que ne se renouvelle pas travaille en fait à sa disparition"*²¹. On connaît aussi l'idéogramme chinois qui, pour signifier "crise", exprime *"danger + opportunité"*. Voilà du "positif" ! Aidons le *"jeune qui hésite à naître"*, cherchons les *"opportunités"*.

Bref, il est temps de se retrousser les manches, de mieux discerner, de s'accorder et de mettre en place des solutions pérennes... Formons le vœu que les difficultés annoncées nous y encouragent !

Comme le dit Etienne Caniard, les propositions concernant notre secteur ne se bousculent pas encore. Il faut pourtant mentionner Martin Hirsch²² sur la sphère "sociale", les "consommateurs" qui avec Que-Choisir prennent des positions claires concernant les dépassements d'honoraires, l'accessibilité et le bouclier sanitaire et quelques "think tank". Nous avons déjà eu l'occasion de noter le retard des politiques lors de la réunion organisée par "Le Bloc" début décembre avec les représentants des candidats déclarés à l'élection à la Présidence de la République²³. Il est sans doute significatif que lorsque le "think tank" Terra Nova propose sur son site des pages de "comparaisons" par grands thèmes, le thème "Affaires sociales" reste, pour l'instant, vierge²⁴.

Prenons donc le risque d'évoquer une fois encore quel-

ques dossiers parmi ceux qui sont incontournables.

Financement de la protection sociale

L'ampleur du déficit et de la dette a une conséquence : la nécessité d'une réforme du financement de la protection sociale fait l'unanimité²⁵. Le débat s'établit donc sur les voies et moyens. Impôt ou TVA ?^{26 et 27}

Lors de ses vœux samedi 31 décembre, le Président Sarkozy a pris les devants en annonçant la création fin janvier, début février d'une "TVA sociale". *"Le financement de notre protection sociale qui ne peut plus reposer principalement sur le travail, si facilement délocalisable"*. *"Il faut alléger la pression sur le travail et faire contribuer financièrement les importations qui font concurrence à nos produits avec de la main-d'œuvre à bon marché"*. Lors du sommet social le 18 janvier prochain, *"j'écouterai les propositions de chacun et, avant la fin du mois de janvier, nous prendrons et nous assumerons des décisions importantes, car les enjeux sont cruciaux"*. Marisol Touraine responsable du pôle "Social santé" de l'équipe de campagne de François Hollande est contre : *"cela est tout sauf social !"*²⁸. Cela ne peut se nier.

Pourtant, le débat est d'importance et il y faut une bonne capacité de discernement.

Pour Terra Nova²⁹ il y a trois défauts au système actuel qui repose pour l'essentiel (65 % des 500 milliards d'euros) sur des cotisations assises sur les salaires. Il faut répondre aux trois.

Le système actuel est anti-économique car il pèse sur les coûts de production des entreprises et grève la compétitivité-prix de notre économie.

Il pénalise par construction les revenus du travail par rapport aux revenus du capital, le travail étant nettement plus taxé que le capital. Il est donc générateur de chômage.

Enfin, un tel financement n'est pas redistributif, or, sur ce plan, la France est en retard sur ses partenaires européens. C'est le sujet de l'exclusion, insuffisamment prise en charge.

Dans ces conditions, la réforme du financement de la protection sociale doit viser, selon Terra Nova, trois objectifs cumulés : la neutralité économique ; la neutralité au regard du travail ; et une plus grande solidarité sociale.

A l'aune de ces trois objectifs, on peut juger des différentes propositions qui sont sur la table.

Pour Terra Nova, la TVA répond à l'objectif de compétitivité économique mais c'est un impôt régressif.

Le transfert vers la CSG assure la neutralité économique mais il n'assure donc pas de redistribution sociale.

Le transfert vers une nouvelle taxe carbone n'est pas neutre au plan économique mais elle fait « mieux » en corrigeant les externalités négatives environnementales. Elle assure aussi la neutralité au regard du travail. Mais

elle non plus ne permet pas la solidarité.

Compte tenu de ses options, Terra Nova propose donc de travailler sur une autre piste : la fiscalisation du financement de la protection sociale par un transfert de cotisations sur un impôt progressif³⁰.

Il faut rappeler ici que les tenants du "toujours plus d'impôts et de cotisations pour nous-mêmes car nous le méritons" ont l'oreille des médias³¹.

Si la conjoncture justifie cette mise à plat du financement de la protection sociale, c'est pour une double raison : le niveau d'emplois insuffisant que nous connaissons et qui ne pourra pas se corriger à court terme d'une part, l'impératif de mise en cohérence des modes de financement d'autre part. C'est ce deuxième aspect qui justifie le débat.

Pour le reste, ces problèmes de financement ne font que souligner l'**impératif de productivité** de notre secteur³². Il va sans dire mais il va mieux en disant que, bien sûr, la productivité des services nécessite des outils de mesure spécifique. Cela souligne aussi leur manque cruel à ce jour, nous concernant. Mais la notion est taboue. Il faudra bien lever ce tabou, se donner des outils de mesure, et faire de la productivité un de nos objectifs majeurs de régulation du système... et pour cela mettre le **régulation par les prix** au centre de la régulation.

S'il y avait un "Grenelle de la santé" pour répondre à la dureté des temps, quelles seraient les grandes têtes de chapitre concernant le système hospitalier ?

Outre ces questions de financement, il faudrait sans doute évoquer les questions relatives à l'organisation du système hospitalier, les questions d'allocation de ressources et les questions de régulation. Dans chacun de ces chapitres les chantiers à ouvrir ou à faire aboutir sont nombreux.

Organisation

Au chapitre de l'organisation, la question de la **DGOS** est centrale. Dans la mesure où l'efficacité du système devient prioritaire, ne faudrait-il pas l'organiser par ligne de produit ? Le PMSI³³ et la T2A³⁴ nous le permettent maintenant. Les enjeux seraient clarifiés. L'ATIH³⁵ serait réintroduite au cœur du système, l'information étant centrale. Les professionnels sauraient à qui s'adresser et auraient en face d'eux un fonctionnaire responsable de son secteur. Les acteurs seraient fédérés autour du but qui les rassemble. La direction pourrait procéder à des arbitrages plus clairs.

Sur ce chapitre de l'organisation il faudrait aussi évoquer les questions spécifiques de chacun de nos secteurs et celui des ARS³⁶.

On sait la décentralisation génératrice d'efficacité. Le danger c'est l'inégalité. Pourquoi ne pas tenter une régionalisation plus poussée qui permettrait aux **ARS** de réguler nos activités par les prix à partir d'un budget régional alloué de façon égalitaire en fonction des populations et de leurs grandes caractéristiques, avec une légère modulation pour les très grandes conurbations ?

En ce qui concerne l'**hôpital public**, il faudrait clore le chantier de la direction. Pour être géré, il faut une direc-

tion responsable. Comme cela est demandé par beaucoup depuis longtemps, la réforme est claire : un directeur libre de son organisation interne mais responsable devant ses instances, comme tout directeur ou président de société.

Pour notre secteur il est temps que l'Etat aide à la consolidation des projets d'entreprise et les **structures "métiers"** pour limiter le coût de l'approche spéculative. Il y a là un vrai chantier juridique sur la transmission patrimoniale, son évolution (disparition organisée de la "clientèle" au profit de la participation à la structure) et sa "garantie" compte tenu des spécificités de nos métiers. Plusieurs formes de "capitalisme" devraient dans ce cadre, être facilitées, organisées et soutenues, du moment que l'objet soit le "métier" et sa pérennité. Le rôle de la Caisse des Dépôts devrait être réfléchi comme stabilisateur du système plus que comme contributeur à la bulle spéculative que de toute façon elle sera amenée tôt ou tard à prendre en charge.

Enfin, dans la mesure où l'interdisciplinarité, l'interprofessionnalité, l'activité en réseaux sont un des fondements de la bonne pratique, il nous faut un vrai droit de la "**coopération**", au sens du dictionnaire et non plus au sens d'aspiration ou, comme cela le devient aussi, comme succédané des "nouveaux métiers". La question des métiers est elle aussi une question qu'il faudra faire avancer à grands pas, en cessant de rallonger et de complexifier des études qui le sont déjà trop et en permettant de mieux distinguer les qualifications³⁷.

Les efforts en termes d'**information** sur les activités et les résultats devront être poursuivis. La question de l'indépendance de l'évaluateur ne pourra pas être éludée³⁸. L'accessibilité à ces informations devra être la plus large possible³⁹. Les indicateurs de gestion interne, les indicateurs de suivi des politiques incitatives, et les indicateurs de santé publique et de qualité générale du système hospitalier devront être distingués. Les indicateurs n'ont pas de vie en dehors du rôle qu'on veut leur faire jouer. Il faut être plus clair sur ce point pour que les incontestables progrès accomplis puissent jouer pleinement leur rôle. La mode actuelle des indicateurs souffre trop de la confusion de la gestion par les normes des économies administrées pour que ces derniers puissent jouer leur rôle.

Enfin, nous concernant, la question du type de **syndicalisme** que nous voulons ne peut plus être éludée. Nous avons deux centrales patronales, l'une plutôt corporatiste, l'autre plutôt cogestionnaire. Les "grosses" cliniques étaient plutôt dans la seconde approche. La fusion s'est faite sur la première, les "groupes" poussant par ailleurs à un syndicalisme faible, leur pouvoir de négociation ne voulant pas s'encombrer d'un acteur qui pouvait l'amoinrir. Le paradoxe actuel est que ce sont ces mêmes "groupes" qui reprochent maintenant à la FHP⁴⁰ de n'avoir d'autre stratégie que celle de communication. L'épreuve de vérité arrive, les budgets alloués à la "communication" ayant mangé les réserves anciennement constituées par la gestion de bon père de famille de la FIEHP⁴¹ et de l'UHP⁴². Par ailleurs les caractéristiques du secteur demeurent : peut-on se passer d'un syndicalisme fort et prenant le risque de la cogestion face à un Etat omnipotent mais à court d'idées et à un concurrent

qui s'y comporte comme s'il était chez lui ? Enfin, la dichotomie établissement - corps médical, dans son acception actuelle, n'a plus de sens et pénalise tout le monde. Il faudra bien trouver les voies et moyens d'une articulation structurelle de nos organisations respectives.

Allocation de ressources

Au chapitre des allocations de ressources, la priorité est pour nous de sortir des effets délétères et mortifères pour nos métiers comme pour nos structures des **dépassements d'honoraires**. Il n'y a pas d'autre moyen que de réintégrer le plus tôt possible le montant des honoraires constatés dans la négociation conventionnelle comme un "acquis" à se partager. Il faut aussi donner une garantie aux professionnels concernant l'évolution et la régulation de leur enveloppe. La question d'une gestion par les professionnels eux-mêmes de l'enveloppe des honoraires, comme cela se fait en Allemagne, devrait être abordée, elle a en effet beaucoup d'avantages tant en termes de régulation que de responsabilisation des acteurs.

La sortie de la **CCAM clinique** est un impératif. Il faut sortir de ce constat relevé régulièrement par tous les rapports pour passer enfin aux actes, avec une contrainte de calendrier forte.

Enfin, au-delà des conclusions attendues du rapport confié par Xavier Bertrand et Valérie Pécresse à l'IGAS⁴³ et à l'Inspection générale des finances, il faut s'interroger sur l'évolution de la CCAM et de la T2A. Comme le dit la lettre de mission du 12 septembre 2011, elles "*ont en commun de structurer fortement l'offre de soins*". C'est aussi leur rôle et c'est donc aussi de ce point de vue qu'il faut en analyser l'impact. Rappelons ici que l'**approche "forfait"** a le très gros avantage de donner plus de capacité d'initiative aux professionnels et de les responsabiliser. Autrement dit l'approche forfaitaire qualifie les professionnels. Il y a longtemps que l'industrie a arrêté de payer aux pièces les gens qualifiés pour trouver des systèmes plus efficaces. Mais si le Charlot des Temps modernes est loin de l'industrie moderne, il règne encore à la CCAM. Nous n'échapperons pas à remettre la question sur le chantier.

De façon complémentaire, la médecine n'étant pas un commerce, il faudra bien répondre aux tentations du secteur public de constitution en filières captatrices des patients et réfléchir en conséquence à des structures et des modes d'organisations cohérentes avec des **prises en charges plus globalisées**. HMO⁴⁴, épisode de soins, capitation et autres, toutes ces formes d'allocations structurantes devrait faire partie de l'analyse en termes d'opportunité-coût-bénéfice.

Régulation

Au chapitre de la régulation, la distinction majeure à opérer est celle de l'**Etat opérateur** et de l'**Etat régulateur**. La question est indissociable de celle, très politique, du devenir de l'**Assurance-maladie**. Celle-ci doit impérativement être articulée à l'action de l'Etat qui souffre à l'heure actuelle de trop d'incohérences du fait de cette inarticulation sur les questions nous concernant. Nous l'avons bien vu avec les Plans Cancer successifs. Nous le voyons tous les jours en matière de rémunération des libéraux et de prise en charge des conditions de leur avenir.

La confusion entre Etat opérateur et Etat régulateur est à la fois coûteuse, polluante (on nage dans les conflits d'intérêts) et génératrice d'inefficience. Les pistes de réflexions sont nombreuses.

Concernant l'Etat proprement dit, l'idée a été émise de répartir les rôles entre Bercy⁴⁵ et l'avenue de Ségur⁴⁶. La DGOS, en particulier, serait "forcée" de s'intéresser à la santé et à l'efficacité plus qu'à "ses" structures. La question dominante deviendrait chez elle "comment faire pour bien soigner les Français avec les moyens qu'on a" plutôt que de savoir "comment protéger mes structures et les accroître encore". Il se recréerait, de fait, une sorte de tripartisme dynamisant.

Nous avons déjà évoqué la question des marges de manœuvre des **ARS**.

C'est en fait toute la cohérence entre le Ministère des finances, le Ministère de la santé, l'UNCAM⁴⁷, les Agences et les ARS qu'il faut revoir et clarifier dans un but de plus grande efficacité et de moindre confusion des rôles.

La médecine n'est pas un commerce, certes, mais elle souffre d'un manque de culture économique et d'une dévalorisation du rôle de l'économie⁴⁸. La culture économique de Bercy a ses limites, mais elles sont très au-delà de celle de l'avenue de Ségur qui reste presque exclusivement administrative. Un **rôle accru de Bercy** serait sans doute facilitateur d'une meilleure compréhension et donc d'une meilleure efficacité des mesures dites incitatives. L'impératif d'efficacité aiderait à rééquilibrer les approches prix et les approches subventions, à mieux appréhender les conditions d'une concurrence fictive efficace et adaptée à notre secteur, à mieux installer une régulation par les prix. La culture de Bercy en matière d'accompagnement des restructurations serait elle aussi utile pour sortir des stratégies d'évitement du Ministère de la santé concernant l'hôpital public et de Ponce Pilate aimant le gros concernant les cliniques privées.

Plus globalement il faudra bien se pencher sérieusement sur le dossier du **bouclier sanitaire**. Comme le relève Que Choisir, "*l'instauration d'un bouclier sanitaire permettra de garantir l'égal accès de tous aux soins, avec la mise en place d'un plafonnement du reste à charge annuel, fonction des revenus du ménage*".⁴⁹ et ⁵⁰ On connaît le point de blocage. Il est constitué par les Mutuelles qui voient dans ce système simple, clair, compréhensible par tous et évolutif, une remise en cause de leur rôle. Si le dossier est techniquement assez simple, il est politiquement difficile. C'est la transition qu'il faudra organiser. Mais les crises fortes sont propices à ce genre de grande réforme. Celle-ci en est une. Elle fait partie de celles qu'il faut considérer comme nécessaires. C'est un dossier majeur qui, compte tenu de sa dimension politique, ne peut avancer que si on s'en occupe.

Les travaux des Parlementaires concernant les (trop ?) nombreuses **agences** qui travaillent dans notre secteur devront être repris et devront déboucher. Aujourd'hui par exemple, en matière de qualité, tout est dans tout, la confusion règne trop souvent, l'Etat a peur d'organiser et d'appliquer le nouveau système des autorisations préalables qu'il est censé mettre en œuvre. Il faut donc, là aussi, clarifier les rôles et les missions, simplifier sans doute, mettre en cohérence certainement.

Cette longue liste n'est pas exhaustive. La question du médicament par exemple, n'a pas été évoquée. Elle est à la jointure système hospitalier / système de santé et reste déterminante. A l'heure où les décrets concernant le DPC sortent enfin, nous n'avons pas évoqué la question. Nous n'avons pas repris toute la liste de nos vieux dossiers. Il en est d'autres. Il faudrait hiérarchiser, cela fait partie du discernement. Compter ses alliés, cela fait partie du réalisme nécessaire.

Mais cette liste montre bien l'ampleur du chantier qui nous attend. De gros problèmes sont face à nous. Mais fort heureusement nous sommes bien placés pour savoir

que d'importantes marges d'efficacités sont disponibles. Une certaine fatigue face à la pesanteur des choses est compréhensible. Mais il n'y a aucune justification au découragement. La régression n'est pas inévitable. La crise, justement, peut nous aider à accélérer le passage à un système encore meilleur, pour peu que nous nous impliquions en ce sens.

Il faut s'y mettre, c'est plus que jamais le moment⁵¹.

Oui, formons le vœu d'une année 2012 féconde !

¹ Le décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires, pris en application de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé prévoit de soumettre à autorisation préalable 18 activités de soins, dont celle relative au traitement du cancer, et 5 équipements matériels lourds

² Direction générale de l'offre de soins

³ "Séminaire restreint" du 15 octobre 2010 organisé à l'initiative des Présidents de la HAS et de l'ANAP suivi d'un colloque "*Chirurgie ambulatoire : quel projet pour la chirurgie en France ?*" organisé le 23 novembre 2010

⁴ Cf. <http://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Statistiques-de-la-norme>

⁵ La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a été publiée au Journal officiel de ce vendredi 30 décembre. Cf. mail UNHPC 11/713 du 30 décembre 2011

⁶ Tarification à l'activité

⁷ Loi "hôpital patient santé territoire", dite "loi Bachelot" - loi 2009-879 du 21/7/2009

⁸ Au terme du processus de sélection par des jurys d'experts de l'investigation clinique et de la gestion et du management hospitalier, un total de 33 projets a été retenu. Le panel des lauréats se compose de 16 dossiers de Centres Hospitaliers-Universitaires (CHU), 8 dossiers de Centres de Lutte contre le Cancer (CLCC), 5 dossiers de Centres hospitaliers publics, 2 dossiers d'établissements de santé privés (à but non lucratif), 1 dossier de Centre Hospitalier Régional (CHR) et 1 dossier de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS HCL et Léon Bérard).

Cf. : <http://www.sante.gouv.fr/labellisation-de-centres-de-recherche-clinique-crc-et-renforcement-de-l-investigation-clinique-ric-le-ministere-charge-de-la-sante-rend-public-les-resultats-des-appels-a-projets-2011.html>

⁹ Journal of clinical oncology

¹⁰ New England journal of medicine

¹¹ Palliative Care - *A Shifting Paradigm* - Editorial - New England Journal of Medicine, vol. 363, pp. 781-782, 2010

Cf. mail UNHPC 10/371 du 24 août 2010

¹² Craig C. Earle, Odette Cancer Centre, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Ontario, Canada - *It Takes a Village* - Editorials - Journal of Clinical Oncology, Vol 29, 2011

Cf. un des tout prochains mails UNHPC

¹³ Union nationale des caisses d'assurance maladie

¹⁴ Classification commune des actes médicaux

¹⁵ Etienne Caniard irait-il dans ce sens lorsqu'il remarque que "*les mutuelles devraient plutôt rembourser les soins que payer des taxes !*" ? -

- La Tribune du 29 décembre 2011
- 16 Responsabilité civile professionnelle
- 17 Deux décrets sont d'ailleurs sortis cette semaine. Cf. mail UNHPC 11/714 du 30 décembre 2011
- 18 Bob Dylan - It's not dark yet - Album Time out of Mind : "It's not dark yet, but it's getting there..."
- 19 Antonio Gramsci (1891 - 1937) - Lettre à son frère Carlo, 19 décembre 1929 - Cahiers de prison, Gallimard Paris
- 20 Joseph E. Stiglitz - *L'année du pessimisme rationnel* - Les Echos du 27 décembre 2011
"En effet, 2012 pourrait se révéler être l'année au cours de laquelle l'expérience de l'euro, l'apogée de 50 années d'intégration économique et politique en Europe, prendra fin. Dans ce cas, au lieu d'apporter la fin tant attendue de la Grande Récession de 2008, une récession qui a duré trop longtemps et engendré trop de souffrances, 2012 pourrait marquer le début d'une phase nouvelle et plus effrayante de la pire calamité économique du monde en 75 ans".
- 21 Bob Dylan - Album "It's Alright, Ma (I'm Only Bleeding)" - *"That he not busy being born is busy dying"*
- 22 Parmi les "politiques", souvent absents, notons cependant la contribution de Martin Hirsch *"Gare à la dislocation sociale"*, contribution parue dans Le Monde du mardi 13 décembre 2011, p. 22.
"Sommes-nous condamnés à voir notre système social se dégrader ? Oui, si on croit les promesses ou si on laisse s'installer un discours défaitiste et culpabilisant sur le social. Non, si l'on obtient des candidats qu'ils inscrivent à leur programme des réformes permettant un progrès social à coût nul. Ces réformes existent. Dans un pays où les dépenses sociales sont déjà élevées, avec un rendement faible, il est concevable de prévoir au moins le maintien de la protection sociale, sans le subordonner à des dépenses supplémentaires illusoirs. Voilà dix pistes de réforme."
- 23 Débat organisé par Le Bloc le vendredi 2 décembre 2011, à Paris, sur le thème "Vous êtes candidat à l'élection de la Présidence de la République. Que proposez-vous ?"
 Cf. : <http://www.ucdf.net/index.php?mod=3&annee=&start=&do=view&id=1082>
 Cf. aussi notre chronique 11/48 du 5 décembre 2011
 Cf. <http://www.debats2012.fr/presidentielles/theme/affaires-sociales/#>
- 24 Cette unanimité ne permet pourtant pas encore d'aller bien loin. Cf. la note d'Alexia de Monterno, directrice du développement de l'Institut Montaigne, parue le 14 décembre dernier et intitulée *"La compétitivité, clé du financement de la protection sociale"* débute par le triste constat suivant : *"Un diagnostic impossible ? - Le 11 janvier, la Conférence des présidents de l'Assemblée nationale a créé une mission parlementaire rassemblant des députés de tous les groupes, comportant deux rapporteurs – Jérôme Cahuzac et Pierre Méhaignerie –, afin d'établir un constat objectif et partagé sur la compétitivité de l'économie française et s'interroger sur les perspectives du financement de notre protection sociale."*
- 25 *Dix mois plus tard, et au terme de dizaines d'auditions, la mission parlementaire s'est arrêtée sur un constat d'échec : les deux rapporteurs ne sont même pas parvenus à partager les éléments de diagnostic sur la situation économique et sociale de notre pays. Bernard Accoyer, constatant l'inanité de la poursuite des discussions, a rendu un rapport limité aux verbatim des auditions. Cet échec a une double portée : il témoigne d'une forme d'incapacité de nos dirigeants à affronter la réalité, d'une part ; il augure mal du consensus politique fort que l'on serait en droit d'attendre dans la perspective d'une réforme ambitieuse des modes de financement de notre modèle social, d'autre part."*
- 26 Sur ces questions de fiscalité, un des ouvrages parmi les plus complets et parus cette année est celui de Camille Landais, Thomas Piketty et Emmanuel Saez - *Pour une révolution fiscale. Un impôt sur le revenu pour le XXI^e siècle* - La République des idées - Le Seuil, 2011
 Cf. aussi le "Rapport public thématique" de la Cour des Comptes : *Les prélèvements fiscaux et sociaux en France et en Allemagne* - Mars 2011
- 27 Cf. aussi l'encadré dans le Monde du 15 décembre dernier *"Les propositions de sept cercles de réflexion"* (mail UNHPC 11/692 du 19 décembre 2011)
 Sur Lemonde.fr, sept think tanks analysent le modèle social et proposent des ajustements et alternatives à son financement.
www.lemonde.fr/idees *"Comment sauver la protection sociale ?"*
 Fondapol : Optimiser les coûts dans le domaine de la santé, en concentrant les financements publics sur les pathologies les plus lourdes.
 Institut Montaigne : La compétitivité est la clé du financement de la protection sociale.
 Terra Nova : Fusionner les impôts sur le revenu et de la contribution sociale généralisée (CSG).
 Fondation Jean-Jaurès : Rétablir une gestion responsable des finances sociales, en privilégiant des mesures efficaces mais justes socialement.
 Attac : Remodeler le partage de la valeur ajoutée en élargissant l'assiette des cotisations sociales à l'ensemble de la valeur ajoutée.
 Res Publica : Réindustrialiser la France pour stimuler la croissance et la création d'emplois, et financer la protection sociale.
 Observatoire français des conjonctures économiques : Réformer le financement conduira, soit à une baisse de la compétitivité, soit à une baisse du pouvoir d'achat.
- 28 Marisol Touraine - *Rétablir une gestion responsable des finances sociales* - Débat *"Comment sauver la protection sociale"* - [LeMonde.fr](http://www.lemonde.fr) et Fondation Jean Jaurès du 14 décembre 2011
http://abonnes.lemonde.fr/idees/article/2011/12/14/fondation-jean-jaures-retablir-une-gestion-responsable-des-finances-sociales_1615459_3232.html
- 29 *"Sécurité sociale : pour un financement plus solidaire"* - Note Par Olivier Ferrand, président de Terra Nova - 19/12/2011.
 Téléchargeable sur : <http://www.tnova.fr/note/s-curit-sociale-pour-un-financement-plus-solidaire>
- 30 Terra Nova est aussi à l'origine d'un rapport sur les "hautes rémunérations" : Terra Nova - Projet 2012 - Contribution n° 20 - Pour une régulation des hautes rémunérations - Martin Hirsh et Gaby Bonnard, Présidents du groupe de travail, Sandra Desmettre, Rapporteuse - Téléchargeable sur <http://www.tnova.fr/note/projet-2012-la-contribution-de-terra-nova-au-d-bat-pr-sidentiel>
- 31 Cf. les positions tenues par Jean-Marie Le Guen pour qui les dépenses en santé sont des investissements et non des dépenses (cf. nos chroniques 11/42 du 24 octobre et 11/48 du 5 décembre 2011) ;
 ou le livre *L'hôpital en réanimation* (Bertrand Mas, Frédéric Pierru, Nicole Smolski, Richard Torrielli - L'hôpital en réanimation, le sacrifice organisé d'un service public emblématique - Editions du Croquant - Collection Savoir / Agir) évoqué dans notre chronique 11/46 du 21 novembre dernier ;
 ou le *"manifeste"* d'André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru, Olivier Lyon-Caen - *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire* - Odile Jacob, paru le 15 septembre 2011 et évoqué dans notre chronique 11/37 du 19 septembre dernier.
- 32 Rappelons sur ces sujets l'important document issu des travaux de la « *Délibération sur la politique industrielle et économique* » ouverte le 23 décembre 2009 dans le cadre de l'agenda social 2009 des partenaires sociaux et paru en juin 2011 sous le titre *"Approche de la compétitivité française"*. Ce document est important parce qu'il est bien fait, mais aussi et surtout parce qu'il est signé de trois organisations d'employeurs (CGPME - Confédération générale des petites et moyennes entreprises -, MEDEF - Mouvement des entreprises de France -, UPA - Union professionnelle des artisans) et par trois organisations syndicales de salariés (CFDT - Confédération française démocratique

du travail -, CFE-CGC - Confédération française de l'encadrement - confédération générale des cadres -, CFTC - Confédération française des travailleurs chrétiens -).

Ce document est introduit ainsi : "*Compétitivité : dépasser les approches idéologiques - Déclaration commune - Délibération sur la politique économique et industrielle*

Malgré plusieurs décennies de difficultés économiques et sociales, la compétitivité n'a jamais réussi à s'imposer comme un sujet essentiel dans le débat public. Des approches simplistes - voire caricaturales - de la compétitivité se sont développées : pour les uns, le coût du travail est la cause unique de tous nos maux ; pour les autres, ce sont les actionnaires et leur vision à court terme. Résultat : des polémiques stériles qui empêchent de faire avancer la réflexion et l'action économiques."

Exemplaire et fondateur ! Quand serons nous capable de dresser un document commun de ce type ?

Téléchargeable entre autres sur www.cfdt.fr/content/medias/media33056_JWaoeNcYulyitQT.pdf ou sur www.cgpme.fr/actus/voir/309/approche-de-la-competitivite-francaise

Un paragraphe (p. 56) est intitulé "*Repenser l'assiette du financement de la protection sociale*

Le taux des prélèvements sur le travail peut rester un frein au développement de l'emploi et à l'amélioration de la compétitivité des entreprises, malgré les dispositifs d'allègement mis en œuvre depuis près de 20 ans. Il ne s'agit évidemment pas de remettre en cause la protection sociale, mais de réfléchir aux moyens de substituer d'autres sources de financement à une partie des prélèvements reposant actuellement sur les salaires." Les partenaires sociaux sont donc prêts au débat.

33 Programme de médicalisation des systèmes d'information

34 Tarification à l'activité

35 Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

36 Agence régionale de santé

37 Les réflexions de Guy Vallancien sont ici précieuses car dégagées des pressions corporatistes dominantes.

Cf. par exemple "le débat" numéro 167, novembre - décembre 2011 : "*Système de santé : de l'impasse à la réforme*", p 78 à 148 et la chronique que nous lui avons consacré (chronique UNHPC 11/49 du lundi 12 décembre 2011)

38 Sur ces sujets, cf. la récente et passionnante contribution de Claude Thélot ex-directeur de la statistique de l'éducation et dont le passage a beaucoup marqué par les créations qu'il a permises. "« *C'est une faute de l'Etat que la direction qui applique les politiques les évalue aussi* ». Pour Claude Thélot, la Cour des comptes devrait s'intéresser de plus près à l'évaluation de l'école" - Propos recueillis par Maryline Baumard - Le Monde du 13 décembre p. 15

Cf mail UNHPC 11/692 du 19 décembre 2011 ou : <http://lemonde-educ.blog.lemonde.fr/2011/12/12/pour-claude-thelot-la-cour-des-comptes-devrait-se-pencher-sur-lecole/>

39 Le blocage de l'accès à tous d'Hospidiag sous prétexte qu'il est attentatoire au secret des affaires puisqu'il facilite l'accès aux documents financiers concernant les hôpitaux publics fait ici figure de triste gag. Il est pourtant significatif.

40 Fédération de l'hospitalisation privée

41 Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée

42 Union hospitalière privée

43 Inspection générale des affaires sociales

44 Health maintenance organization, aux USA

45 Sièges du Ministère des finances

46 Sièges du Ministère de la santé

47 Union nationale des caisses d'assurance maladie

48 Dans notre secteur, il est sans doute significatif que l'économie soit le plus souvent réduite à l'appétit financier - "normal" mais suspect - ou diabolisée si elle est "comptable". Jamais ou presque elle n'est comprise comme l'approche du développement qu'elle est pourtant.

49 Cf. le "*Pacte Consommériste*" du 21 novembre 2011 : "*L'UFC-Que Choisir avance 12 orientations pour 2012 pour remettre le consommateur au cœur d'une économie performante !*"

Dans ce cadre, l'UFC-Que Choisir se prononce "*Pour un bouclier sanitaire, faisant de l'accès aux soins une réalité pour tous*

Les Français ont dépensé 41,9 milliards d'euros en 2010 pour leur santé - un budget en augmentation de 7 milliards en 4 ans -, contribuant ainsi largement à son financement. Comment dès lors s'étonner que 10 millions de Français déclarent renoncer à des soins pour raison budgétaire ? L'instauration d'un bouclier sanitaire permettra de garantir l'égal accès de tous aux soins, avec la mise en place d'un plafonnement du reste à charge annuel, fonction des revenus du ménage."

Ce "pacte" est téléchargeable sur <http://www.quechoisir.org/droits-justice/organismes-de-defense-des-consommateurs/ufc-que-choisir/communiqu-pacte-consumeriste-l-ufc-que-choisir-avance-12-orientations-pour-2012-pour-remettre-le-consommateur-au-caeur-d-une-economie-performante>

et sur : <http://www.pacte-conso.org/>

50 Martin Hirsch soutient lui aussi cette idée. Voilà comment il la présente dans ses "*pistes de réforme*" déjà citée ("*Gare à la dislocation sociale*", contribution parue dans Le Monde du mardi 13 décembre 2011, p. 22).

"Le bouclier sanitaire. Aujourd'hui, on rogne la couverture maladie tout en voyant la proportion de renoncement aux soins augmenter. Le bouclier sanitaire consiste à plafonner ce qui reste à la charge du malade, en fonction de son revenu. Il remplace la couverture maladie universelle et il met fin à la prise en charge à 100 % des affections de longue durée. Il met fin à ces situations où certains assurés paient en une année plus d'un mois de salaire, entre franchises, forfaits hospitaliers et autres tickets modérateurs.

C'est une réforme lourde, mais dont la faisabilité a été démontrée. Elle ne coûte rien. L'essentiel de l'augmentation des dépenses d'assurance-maladie est lié aux affections de longue durée. Ceux qui sont atteints de telles affections se verraient demander une contribution lorsque leurs revenus sont élevés. En contrepartie, le plafonnement de leur participation s'appliquerait aussi aux autres soins que ceux directement liés à la maladie classée « affection de longue durée »".

51 Citons ici la belle formule retenue par le Président Chassang (CSMF) pour exprimer ses vœux pour 2012 : "*Il ne suffit pas de dire que la santé des Français est une priorité. Il faut agir sans trahir, construire sans détruire, maîtriser sans rationner.*"

... et faisons mentir James K. Galbraith et Aurore Lalucq :

"De ces très bonnes idées, aucune ne verra le jour. Car en Europe, les termes du débat sont hermétiques aux idées nouvelles, la survie politique reposant sur la capacité à faire " le ménage " dans les comptes publics. Tout est fait pour ne pas affronter la réalité : la crise bancaire. Chaque réunion européenne conduit à l'adoption de sous-mesures perfides et de vraies fuites en avant. Quant au sort des plus faibles, il est au mieux considéré comme un dommage collatéral, voire comme un mal nécessaire."

Heureusement ils ne parlaient que du système financier !

Cf. James K. Galbraith, Economiste (professeur à la Lyndon B. Johnson School of Public Affairs à l'Université du Texas et président d'Economists for Peace and Security) et Aurore Lalucq, Economiste (Institut Veblen) - "*Sauvez les citoyens avant les banques ! Il n'y pas de sortie simple de la zone euro*" - le Monde du 13 décembre 2011, p. 23

Les applications UNHPC

pour iPhone, iPod Touch et iPad
et bientôt smartphones Android

Ne vous en privez pas !

Téléchargement gratuit
sur l'App Store (iTunes) et bientôt sur Android Market
<http://itunes.apple.com/fr/artist/ruben-belogic-fernandez/id290571265>



Medisigles®

Le plus gros dictionnaire des sigles médicaux disponible.

Français - Anglais.

Sigle - Signification - Pays concerné(s) - Informations complémentaires

41.000 sigles !

Gros succès international : Etats-Unis, France, Philippines, Canada, Hong-Kong, Australie et des dizaines d'autres pays !

Recherche immédiate et ciblée sur Wikipedia et sur Google.

Avril 2012 : sera disponible aussi sur les smartphones Android



T2A tarifs MCO® (2011) T2A tarifs MCO 2012®

Deux applications différentes

Accès immédiat à partir d'un mot contenu dans le libellé du GHM ou du GHS ou par leur numéro

Plus grand confort de lecture sur iPad

Pour chacun des statuts d'hôpitaux et de cliniques :

- tous les tarifs T2A sur deux ans,
- les grandes caractéristiques des GHM

Et sur l'application 2011

- les tarifs repères,
- plus, à la demande des utilisateurs, des comparaisons public-privé avec honoraires, lorsqu'elles sont disponibles. L'incidence des MIGAC n'est pas disponible



Citations Q-H[©]

Citations Qualité Hospitalière

Une mine de définitions internationales et de citations sur la qualité et la gestion du risque à l'hôpital.

L'équivalent de plus de 8.000 pages de livre dans votre main !

Recherche instantanée par auteur ou par mot type.

Copie et envoi par mail automatisé avec l'intégralité des références.

Plus grand confort de lecture sur iPad



Cancer Etablissements autorisés Cliniques, Hôpitaux, Radiothérapie

"Autori Cancer"[©]

Cette application vous propose une fiche descriptive de chacun des établissements de santé (hôpitaux, cliniques, centres de radiothérapie) autorisés à prendre en charge les malades atteints d'un cancer, en France.

La fiche de l'établissement :

- donne les coordonnées de l'établissement,
- précise quelles sont les activités autorisées,
- donne le volume de l'activité constatée sur plusieurs années,
- permet un lien direct avec les sites Web qui fournissent une information officielle sur ces établissements,
- permet la géolocalisation de l'établissement.

La recherche d'un établissement précis se fait sur son nom, son adresse ou sa région. En faisant une recherche sur une ville, on a tous les établissements autorisés de la ville.

Avril 2012 : plus grand confort de lecture sur iPad

